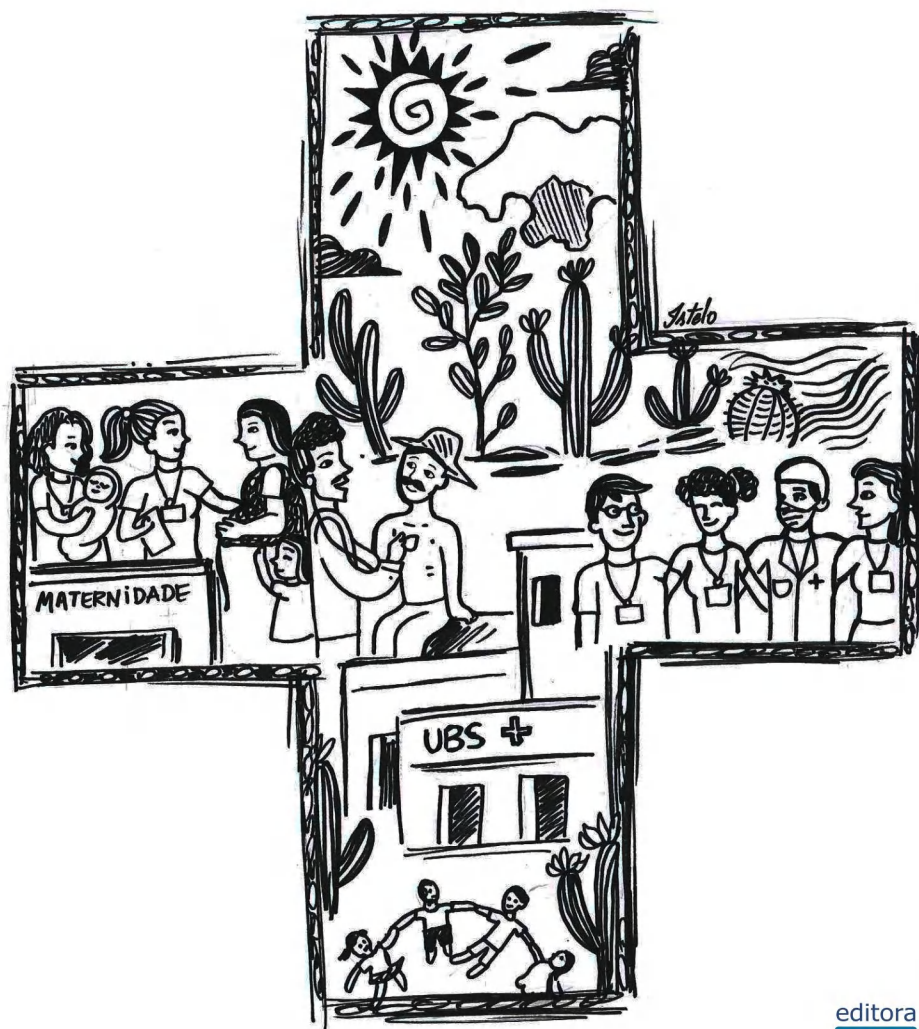


# FORMAÇÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE RESISTÊNCIA:

Contribuições e Potencialidades da  
Residência Multiprofissional em Saúde  
no Sertão Potiguar



Frankly Eudes Sousa Martins

ORGANIZADOR

editora



redeunida



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página  
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>  
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa as vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA  
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

[editora.redeunida.org.br](http://editora.redeunida.org.br)



Frankly Eudes Sousa Martins

ORGANIZADOR

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

# FORMAÇÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE RESISTÊNCIA:

## Contribuições e Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde no Sertão Potiguar

1ª Edição

Porto Alegre

2021



## FORMAÇÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE RESISTÊNCIA: Contribuições e Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde no Sertão Potiguar

**Organização:** Frankly Eudes Sousa Martins - Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Caicó – RN.

**Instituições Envolvidas:** Escola Multicampi de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Hospital do Seridó de Caicó/RN, Secretaria Municipal de Saúde de Caicó/RN e Currais Novos/RN, Secretaria de estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte e IV Unidade Regional de Saúde Pública.

**Corpo de Revisores:** Ana Carine Arruda Rolim (Profa. Dra. da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade federal do Rio Grande do Norte e coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil, 2019-2021) e Mara Sinthya de Sousa Martins (Especialista em Tecnologia de Alimentos pelo Instituto Federal do Rio Grande do Norte).

**Editores:** Editora da Rede Unida



Caicó/RN

2021

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

**Túlio Batista Franco**

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegras.**

Conselho Editorial

**Adriane Pires Batiston** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).

**Alcindo Antônio Ferla** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

**Ángel Martínez-Hernández** (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).

**Angelo Stefanini** (Università di Bologna, Itália).

**Ardigó Martino** (Università di Bologna, Itália).

**Berta Paz Lorido** (Universitat de les Illes Balears, Espanha).

**Celia Beatriz Iriart** (University of New Mexico, Estados Unidos da América).

**Denise Bueno** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

**Emerson Elias Merhy** (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).

**Érica Rosalba Mallmann Duarte** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

**Francisca Valda Silva de Oliveira** (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).

**Izabella Barison Matos** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).

**Hêider Aurélio Pinto** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).

**João Henrique Lara do Amaral** (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).

**Júlio Cesar Schweickardt** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).

**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** (Universidade de São Paulo, Brasil).

**Leonardo Federico** (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).

**Lisiane Bôer Possa** (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).

**Liliana Santos** (Universidade Federal da Bahia, Brasil).

**Luciano Bezerra Gomes** (Universidade Federal da Paraíba, Brasil).

**Mara Lisiane dos Santos** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).

**Márcia Regina Cardoso Torres** (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).

**Marco Akerman** (Universidade de São Paulo, Brasil).

**Maria Augusta Nicoli** (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).

**Maria das Graças Alves Pereira** (Instituto Federal do Acre, Brasil).

**Maria Luiza Jaeger** (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).

**Maria Rocineide Ferreira da Silva** (Universidade Estadual do Ceará, Brasil).

**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** (Universidade Federal do Pará, Brasil).

**Ricardo Burg Ceccim** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).

**Rodrigo Tobias de Sousa Lima** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).

**Rossana Staevie Baduy** (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).

**Sara Donetto** (King's College London, Inglaterra).

**Sueli Terezinha Goi Barrios** (Associação Rede Unida, Brasil).

**Túlio Batista Franco** (Universidade Federal Fluminense, Brasil).

**Vanderléia Laodete Pulga** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).

**Vera Lucia Kodjaoglanian** (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).

**Vera Maria da Rocha** (Associação Rede Unida, Brasil).

**Vincenza Pellegrini** (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

**Gabriel Calazans Baptista**

**Jaqueline Miotto Guarnieri**

**Alana Santos**

**Márcia Regina Cardoso Torres**

Projeto Gráfico | Diagramação

**Lucia Pouchain**

Arte Capa | Ilustrações

**Istelo Almeida Silva**

# SUMÁRIO

<b>PREFÁCIO</b> .....	<b>9</b>
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>PARTE I   RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E OS PROCESSOS DE (RE)CONSTRUÇÃO E (RE)QUALIFICAÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE E GESTÃO DOS SERVIÇOS</b> .....	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO 1   RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E AÇÕES DE LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE MATERNO-INFANTIL</b> .....	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO 2   O ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS, POSSÍVEIS DESAFIOS DA IMPLANTAÇÃO E IMPORTÂNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE</b> .....	<b>54</b>
<b>CAPÍTULO 3   A INSERÇÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM ATENÇÃO BÁSICA NA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM HOSPITAL DO SERIDÓ POTIGUAR</b> .....	<b>86</b>
<b>CAPÍTULO 4   PERDA GESTACIONAL E DESAFIOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL: RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM UM HOSPITAL NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE</b> .....	<b>105</b>
<b>CAPÍTULO 5   A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA E DA GESTÃO EM SAÚDE</b> .....	<b>121</b>
<b>CAPÍTULO 6   RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E A INCORPORAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b> .....	<b>133</b>
<b>CAPÍTULO 7   RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: CONSTRUÇÃO DE UM MANUAL DE ORIENTAÇÃO SOBRE PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADES FÍSICAS NO CAPS/AD</b> .....	<b>156</b>
<b>CAPÍTULO 8   RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E A PERSPECTIVA DE UMA ATENÇÃO HUMANIZADA NO PROCESSO DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO EM UMA MATERNIDADE DO SERIDÓ</b> .....	<b>169</b>

## DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

M386f Martins, Frankly Eudes Sousa (org.).

Formação em saúde em tempos de resistência: Contribuições e potencialidades da residência multiprofissional em saúde no sertão potiguar / Organizador: Frankly Eudes Sousa Martins. – 1. ed. – Porto Alegre, RS : Editora Rede Unida, 2021.

312 p. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde)  
E-book: 5,78 Mb; PDF

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-87180-36-6

DOI: 10.18310/9786587180366

1. Formação em Saúde. 2. Residência em Saúde. 3. Saúde Coletiva. 4. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Martins, Frankly Eudes Sousa.

CDD 610:344.041

CDU 61:371.133

21-30180032

## ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: ensino, pessoal médico e suas atividades; Saúde pública.
2. Medicina: Prática de ensino; Rede de Saúde pública.

Catálogo elaborado pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA  
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)



**PARTE II | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E O PROCESSO DE LEVANTAMENTO E MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO, DAS VULNERABILIDADES DOS TERRITÓRIOS E DO POTENCIAL DOS SERVIÇOS E DAS EQUIPES..... 195**

**CAPÍTULO 9 | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: PERCEÇÃO DOS RESIDENTES ACERCA DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA COMO FORTALECEDORAS DO SUS ..... 196**

**CAPÍTULO 10 | A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE..... 227**

**CAPÍTULO 11 | A PERCEÇÃO DOS TRABALHADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAICÓ - RN E O PROTAGONISMO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE ..... 244**

**CAPÍTULO 12 | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E A ANÁLISE DO CONSUMO ALIMENTAR DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO SERIDÓ POTIGUAR..... 259**

**CAPÍTULO 13 | SEGUIMENTO DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NO RIO GRANDE DO NORTE: RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E ANÁLISE DOS DADOS DO PMAQ-AB DA IV REGIÃO DE SAÚDE ..... 275**

**CAPÍTULO 14 | TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE DIVULGAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL..... 292**

**SOBRE OS AUTORES E AUTORAS ..... 309**

## **PREFÁCIO**

### **No sertão somos resistência**

A tarefa de escrever este prefácio foi uma composição de sentimentos. Orgulho, alegria e vontade de continuar lutando por uma sociedade mais justa. Uma destas estratégias de luta foi a aprovação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Seridó potiguar e este livro se coloca como uma das materializações de sua potência.

Esta obra, organizada em sua totalidade pelos próprios residentes trouxe a certeza de que esta modalidade de ensino pelo trabalho confere aos residentes-trabalhadores(as), ao final do processo, competências em resistir frente às adversidades políticas, culturais e ambientais além de criar estratégias de mudança fundamentais na realidade em que estão inseridos.

Os 14 capítulos que o(a) leitor(a) terá prazer de acompanhar são experiências e vivências construídas ao longo de dois anos dentro dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde desenvolvidos pela Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN) em parceria com as secretarias de saúde dos municípios potiguares de Caicó e Currais Novos.

Estas duas localidades estão enraizadas no Seridó potiguar, nordeste, Brasil, América Latina, o Sul do mundo. Essa localização é importante pois para entender as produções aqui descritas como FORMAÇÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE RESISTÊNCIA: CONTRIBUIÇÕES E POTENCIALIDADES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO SERTÃO POTIGUAR, devemos nos projetar naquilo que conhecemos e compreendemos como sertão.

O sertão enquanto lugar e um não lugar existe em todos os pontos do mundo. A aproximação aqui visa trazer para superfície a ideia de um sertão como lugar material e, também, como lugar não concreto, mas que está presente em nossas subjetividades e nos constitui concretamente. Assim, ele pode ser pensado enquanto um estado de espírito, pertencimento e incorporação de vivências, experiências e cartografias que são carregadas por nós para onde vamos. Outra perspectiva é a de sertão enquanto lugar longínquo que compõe, em certa medida,

um tecido global que não sustenta as singularidades de cada uma das regiões que representa. Ou você também acredita que nos lugares longínquos não existe inovação, potencia, resistência e luta?

Por isso, enquanto lugar e não lugar, estrategicamente e na conjuntura em que o Brasil estava imerso quando da produção deste livro (2017-2020), a palavra sertão designa resistência diante de um contexto de desmonte da Universidade pública e do Sistema Único de Saúde (SUS) com redução de financiamento, mudanças no Programa Mais Médicos, desvalorização de programas como o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), paralização das atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), dentre outros.

Por isso, resistência deve ser tomada enquanto ação conjugada em três verbos: oportunizar, lutar e esperar. Tais verbos só podem ser conjugados quando temos sujeitos implicados com políticas públicas inclusivas e interiorizadas que garantam que a resistência se transforme em produto positivo e transformador. Foi isso que aconteceu e vem acontecendo do Seridó potiguar.

Fruto da oportunidade política do Programa Mais Médicos, a EMCM foi constituída em consonância com a proposta da Política Nacional de Expansão do Ensino Médico visando a interiorização do ensino superior elencados no Plano de Desenvolvimento Institucional/UFRN de 2010-2019, inicialmente, como cenários de formação de médicos no interior do país. O ano era 2014 e diante das necessidades sociais e de saúde na região do Seridó compreendíamos que a formação de estudantes de medicina não era suficiente e que não traria, em curto prazo, mudanças necessárias para a região.

Assim, o desejo se encontrou com uma segunda oportunidade política, o lançamento de editais para abertura de novos programas pelo Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde em 2015, o que possibilitou a candidatura de nossos projetos políticos pedagógicos que pleiteavam aprovação. Em 2016 fomos contemplados na esperança de que tais projetos trariam a perspectiva aproximação entre a Universidade e os cenários de práticas de forma efetiva para promover a formação dos(as) futuros(as) profissionais com a premissa básica de qualificar e defender o SUS na região.

Desde então, o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e o Programa Multiprofissional em Saúde Materno Infantil vêm

produzindo mudanças cotidianas por um SUS mais justo e pela defesa do direito à saúde no sertão potiguar. É aqui que podemos trazer nosso segundo verbo, esperar, associando-o ao sentimento de luta constante e resistência perene. Para que tais programas existam é necessário travar enfrentamentos diários com uma cultura política coronelista e autoritária existente na região, que se constituiu historicamente e que exige certas lutas contra hegemônicas. Romper com esta lógica ordeira e politqueira da região do Seridó vem sendo uma tarefa importante que promove formação comprometida dos residentes-trabalhadores(as) que caminham por dois anos nestes programas e buscam esperar em conjunto com a população, profissionais de saúde e gestores.

São, ao todo, entre R1 e R2, 88 residentes-trabalhadores(as) que convivem entre si e com preceptores(as), gestores(as), usuários(as) na Atenção Primária, Secundária e Terciárias, além do Controle Social, Vigilância, Gestão e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Esse convívio tensiona a realidade posta e produz modos de ser e fazer diferentes no SUS local. Mas quais são os efeitos disso nesta estrutura de desmonte e precarização crescente do trabalho em saúde? Luta e resistência podem ser nosso mote para esta resposta, pois repousa em um tipo de projeto de sociedade inclusivo, justo e singular produzido para alimentar de esperança um lugar no sul do Sul do mundo, o nordeste brasileiro.

O exercício apresentado aqui por residentes-trabalhadores(as) e todos os atores sociais envolvidos em seu processo de formação é o de mostrar experiências estratégicas e, porque não, geopolíticas no processo de implementação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Fruto dos Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR), o livro vem recheado de diversificada temática, trazendo o pulsar que vive se ouve no *tum tum tum* da zabumba, no *tinguilim* do triângulo e no *respirar* da sanfona.

Discussões acerca dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), o acolhimento como tecnologia de cuidado e Educação Permanente, ações na Atenção Terciária como segmento da APS, Plantas Medicinais e Fitoterapia na APS, estratégias de fortalecimento do SUS, intersetorialidade, controle social, humanização da atenção materna frente a abortamento e amamentação, colaboração interprofissional, saúde mental e a percepção de trabalhadores-preceptores, residentes-trabalhadores(as) e usuários(as) frente a temas específicos, trazem vida ao que é aqui descrito.

Através das experiências concretas e subjetivas de trabalho, trazidas para a superfície por este coletivo de autores e autoras, possam reverberar naqueles(as) leitores que se lançam em conhecer e defender o SUS em suas singularidades regionais, a percepção de que resistência se dá a partir de oportunidades, lutas e esperanças. E que esta, só é possível com políticas públicas que permitam a defesa do povo que vive cotidianamente resistindo às intempéries políticas, sociais, ambientais, mas, sobretudo, resistindo à sua invisibilidade social e lutando por seus direitos neste Sertão, Seridó, Nordeste, Brasil, América Latina.

Ana Luiza de Oliveira e Oliveira  
Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica  
da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio  
Grande do Norte (2017-2019).

## APRESENTAÇÃO

Em consonância com as políticas de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas de formação profissional em saúde vêm se configurando como uma importante ferramenta de integração educação-trabalho e como dispositivo de transformação das práticas dos profissionais de saúde nos serviços. Neste cenário, a Residência Multiprofissional em Saúde se destaca como um programa que, desde 2005, promove a inserção qualificada de profissionais no processo de implantação/organização do SUS.

A implementação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Seridó Potiguar é fruto do projeto pedagógico multicampi vinculado à Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, fundada em 2014 e relacionada ao programa Mais Médicos, trazendo a proposta de responsabilidade social da escola médica com o interior do Rio Grande do Norte (RN) e estendendo a formação médica para regiões com escassez de profissionais da área, sendo a implementação em 2016 das duas Residências Multiprofissionais em Saúde, mais um fator fundamental para garantir o conhecimento e a melhoria dos indicadores e condicionantes de saúde no semiárido norte-rio-grandense.

A Residência Multiprofissional em Atenção Básica é composta por 44 residentes de 10 categorias profissionais, divididos(as) igualmente entre os municípios de Caicó e Currais Novos, do RN. O programa é composto por carga horária teórica de 1.152 horas e prática de 4.608 horas, e por uma matriz curricular organizada a partir de três eixos distintos, porém integrados, distribuídos em módulos teóricos, práticos e teórico-práticos. Dentro da proposta do eixo prático comum à área de concentração, no primeiro ano do programa os(as) residentes são inseridos na Atenção Primária à Saúde (APS), colaborando assim com o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família nas Unidades de Saúde da Família e os territórios adscritos, enquanto que no segundo ano o componente prático, pautado no Quadrilátero da Formação em Saúde, é constituído por uma atuação no formato de rodízio em 3 eixos organizativos: Atenção à saúde,

Gestão em saúde e Educação em saúde. Com isso, além de conhecer a realidade do SUS, através da imersão em outros dispositivos e espaços, os(as) residentes passam a vivenciar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a realidade de novos cenários, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Secretarias Municipais de Saúde, Centro de Controle de Zoonoses, e as redes hospitalares, na intenção de criar elos entre os níveis de atenção à saúde, de forma a repercutir na Atenção Básica (AB).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil da EMCM/UFRN, no período de realização dos trabalhos inclusos na presente obra, tinha como cenário de atuação o Hospital do Seridó localizado na cidade de Caicó, referência para assistência materno-infantil dos demais municípios situados na região Seridó. O Hospital, desde 2017, por meio de intervenção judicial, passou a ser gerido por administração pública do município de Caicó/RN. A partir de 2018, por meio de articulação institucional, o serviço recebeu pela primeira vez em seu corpo profissional uma turma de doze residentes de seis categorias profissionais diferentes: Enfermeiros(as), Nutricionistas, Psicólogos(as), Assistentes Sociais, Farmacêuticos(as) e Fisioterapeutas. Assim, o Hospital, considerado de risco habitual, onde são prestados atendimentos e internações de obstetrícia, pediatria, clínica médica e cirúrgica, adulta e pediátrica, passou a contar também com uma assistência especializada de profissionais que anteriormente não existiam na instituição, porém muito além disso, a residência proporcionou integração no processo de formação-trabalho, situou as necessidades de saúde da população como eixo norteador da qualificação dos(as) profissionais, fomentou o trabalho interprofissional, promoveu a discussão e reflexão de temáticas pouco discutidas nos processos de trabalho, e possibilitou com isso, a qualificação do serviço e a melhoria da atenção à saúde da população.

Esta obra resulta dos Trabalhos de Conclusão de Residência dos dois programas, elaborados entre 2017 e 2019, os quais estão divididos em capítulos e têm o propósito de reafirmar a importância das Residências Multiprofissionais em Saúde para uma inserção qualificada dos profissionais na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Para isso, os capítulos foram distribuídos em duas partes, sendo possível visualizar na *Parte I* como a inserção da Residência Multiprofissional em Saúde nos pontos de atenção da RAS fortaleceu os processos de (re)construção

e (re)qualificação da atenção à saúde e gestão dos serviços, enquanto na *Parte II* é elencada a importância dos programas no processo de levantamento e monitoramento dos indicadores de saúde da população, das vulnerabilidades dos territórios e do potencial dos serviços e das equipes.

Ao longo dos capítulos, o leitor é convidado a perceber o potencial dos programas de residência multiprofissional em saúde em promover rupturas na cultura de trabalho uniprofissional e no distanciamento entre os núcleos de saber profissional, mediando a correlação entre os saberes e práticas, a mudança no modelo de atenção hegemonicamente biologicista e profissional-centrado, a consolidação da integração ensino-serviço-comunidade, o incentivo à educação permanente dos trabalhadores de saúde, a fixação de profissionais egressos nesses territórios, bem como a melhoria das condições e qualidades de vida dos usuários seridoenses.

A coletânea, portanto, enfatizará a importância da formação em saúde em tempos de resistência, destacando as contribuições e potencialidades dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no sertão potiguar, constituindo resistência, saúde e educação em territórios em que os desmontes em curso nas políticas públicas acentuaram mais ainda as vulnerabilidades e desafios impostos a população seridoense.

Frankly Eudes Sousa Martins  
Organizador



## CAPÍTULO 1

# RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E AÇÕES DE LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Frankly Eudes Sousa Martins

Cristiane Spadacio

Ana Carine Arruda Rolim

Francisco Vinicius Ferreira Gomes

Deyse Janiele Bernardo Oliveira

Maria Luiza Araújo Fernandes

### PARTE I

## Residência Multiprofissional em Saúde e os processos de (re)construção e (re)qualificação na atenção à saúde e gestão dos serviços

### Introdução

Com a instituição da Rede Cegonha e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), buscaram-se consolidar políticas voltadas a saúde materno-infantil e conformar a assistência desta população na perspectiva do cuidado em redes que assegurem o direito sexual e reprodutivo, bem como a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança (FURTADO *et al.*, 2015; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

As mudanças sociais e econômicas, aliadas a ações e programas governamentais que ampliaram o acesso e a cobertura dos serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), são responsáveis pela melhoria nos indicadores brasileiros relativos à saúde materno-infantil (MELLO *et al.*, 2012).

A frequente busca de mudanças no modelo de atenção à saúde resultou, em 1994, na criação do Programa Saúde da Família (PSF), mais tarde designado Estratégia Saúde da Família (ESF), por se tratar de uma estratégia operacional do governo para implementar a APS no País, consolidando-se como principal estratégia para vigilância da saúde materno-infantil, no âmbito da atenção primária, com

destaque para a adoção de instrumentos para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança, bem como o incentivo ao aleitamento materno, imunização, e atenção às doenças prevalentes na infância (MELLO *et al.*, 2012).

A ESF, no contexto do cuidado materno-infantil, acaba proporcionando maior aproximação entre equipe de saúde da família (eSF) e o usuário/cuidador/família, por entrelaçar possibilidades de acesso aos serviços e aos cuidados efetivos e eficazes para a manutenção da saúde, através de diferentes olhares e distintos saberes, em prol do estabelecimento de um plano de cuidado comum (PEDRO; RODRIGUES; SILVA, 2016; ALVIM, 2013; SHAH *et al.*, 2016).

Os atributos constituem um conjunto de elementos estruturantes da APS sendo classificados de acordo com as características de estrutura e processo/desempenho, sendo os norteadores denominados de atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação do cuidado) e os que aumentam o poder de interação com os indivíduos e a comunidade são denominados derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Tais atributos foram utilizados para estruturar instrumentos que buscam avaliar a qualidade da APS, sendo a longitudinalidade considerada característica central e exclusiva da APS. Esta é conceituada como a garantia de uma fonte regular de atenção, seu uso consistente ao longo do tempo e a continuidade das ações, num ambiente com laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua e humanizada entre equipe, pessoa usuária e família (ALVIM, 2013; SHAH *et al.*, 2016).

Formas de avaliação do atributo da longitudinalidade são de grande importância à medida que este atributo está relacionado à efetividade na APS, e os achados dos estudos podem fomentar a discussão sobre monitoramento e avaliação do mesmo e da APS em si (PAULA *et al.*, 2015).

Dentre os instrumentos se destaca o Primary Care Assessment Tools (PCATool), que foi proposto e validado nos Estados Unidos da América por um grupo de pesquisadores liderado pela Professora Bárbara Starfield, sendo um instrumento com versão para usuários adultos e crianças, profissionais de saúde e gestores, constituído por uma escala psicométrica que abrange escores para todos os atributos da APS, assim como duas medidas resumo, que os autores utilizaram para comparar dois modelos de APS do país com amostras realizadas por entrevistas

telefônicas e por e-mail, calculando estatísticas que chamaram de “escores” para cada uma das características que formavam um grupo de itens pesquisado.

O PCATool foi adaptado e testado no Brasil inicialmente pelos autores Harzhein *et al.* (2006) para medir o alcance e qualidade da APS para serviços de saúde infantil, considerando a longitudinalidade como atributo-chave para isso.

Destacou-se no Brasil o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), uma das estratégias do Ministério da Saúde com a contribuição e incorporação da perspectiva dos gestores estaduais e municipais, que avaliou e desenvolveu ações voltadas para melhoria permanente da qualidade tanto dos serviços quanto do processo de trabalho e de gestão e das ações ofertadas aos usuários. A avaliação externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica foi coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa (BRASIL, 2017).

Em consonância com as políticas que promovem a APS, há políticas de formação de futuros profissionais e profissionais em saúde para que estes possam atuar nos serviços de saúde. Destaca-se a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), um programa instituído através da Portaria Interministerial nº 2.118 de 3 de novembro de 2005, que se configura como uma ferramenta de cooperação intersetorial para facilitar a integração educação-trabalho em saúde e a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no processo de implantação/organização do Sistema Único de Saúde (SUS) (ROSA; LOPES, 2010; BRASIL, 2005b).

Trata-se de curso de pós-graduação *lato sensu* que é considerado um dispositivo de transformação das práticas dos profissionais de saúde, para que possam responder em equipe de forma diferenciada e interdisciplinar às demandas do SUS (LOBATO, 2010). Na APS, os residentes junto às equipes de referência irão desenvolver um trabalho de forma interdisciplinar e em equipe buscando meios de promoção e prevenção no nível básico e integral de saúde (PIZZINATO *et al.*, 2012; ALVES, 2015).

A inter-relação e confluência de múltiplos saberes e práticas e de setores e serviços diversificados e organizados para atuar junto à saúde materno-infantil potencializam de fato a longitudinalidade do cuidado, pois cabe a Atenção Básica (AB) coordenar e organizar o cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), acompanhando os usuários longitudinalmente, mesmo quando estes necessitam de cuidados especializados ou de internação (DINIZ *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2013).

Com vistas à importância do tema e do referenciado na literatura, esta pesquisa partiu da seguinte questão: Como se apresenta a longitudinalidade das ações de cuidado materno-infantil em Unidades Básicas de Saúde (UBS) em que a Residência Multiprofissional em Atenção Básica está presente?

A relevância do tema está na necessidade de se compreender de que forma, UBS em que o programa de residência está inserido, as ações ofertadas à população materno-infantil estão sendo desenvolvidas com base na longitudinalidade, tendo em vista que a inserção do programa de residência fortalece o cuidado pautado neste atributo que se faz necessário para que seja capaz de gerar transformações e impactos positivos e permanentes na saúde materno-infantil.

Projetos semelhantes, como os Oliveira e Medeiros (2018), Maia e Goya (2016), Domingos, Nunes e Carvalho (2015), Rossoni (2015), Camargo *et al.* (2018) e Rodrigues (2016) já vêm destacando a importância das RMS na garantia de um processo de formação de qualidade e implicado com os princípios do SUS e da APS, fortalecendo a resolutividade da atenção ofertada à população adscrita pelas eSF. No entanto, são necessários mais estudos que explorem e esclareçam melhor como os atributos da APS, especialmente o da longitudinalidade, estão sendo considerados na inserção e colaboração da residência multiprofissional em saúde no desenvolvimento de práticas e ações de saúde direcionadas aos grupos prioritários como o de materno-infantil, para que se possa promover resultados capazes de instigar e embasar a elaboração e manutenção de políticas públicas de saúde capazes de modificar as conjunturas atuais da assistência materno-infantil na APS, bem como as dos programas de residências em saúde.

A escolha do tema se deu pelas vivências e experiências do pesquisador em relação ao impacto promovido pela residência multiprofissional em atenção básica no processo cuidado que é ofertado ao público materno-infantil pelas eSF, no qual, por envolver diversos contextos e desafios, acaba enriquecendo bastante os processos de inserção, formação e atuação da residência, como também trazendo novos sentidos, significados e reflexões sobre a identidade profissional e eficiência dos serviços e modelos atenção à saúde.

Nesta perspectiva, o presente estudo buscou compreender como se apresenta a longitudinalidade das ações de cuidado materno-infantil em Unidades Básicas de Saúde em que a Residência Multiprofissional em Atenção Básica está inserida.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir de dados coletados por um residente durante o planejamento e realização de ações e serviços de cuidado materno-infantil desenvolvidos no período de março/2018 à março/2019, nas UBS de Caicó, Rio Grande do Norte (RN), vinculadas ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRMAB), que envolveram os usuários pertencentes aos territórios adscritos por cinco Equipes de Saúde da Família (eSF), como também os gestores, profissionais e residentes que estavam inseridos nessas equipes.

Quanto à abordagem, trata-se de um estudo qualitativo, que segundo Bogdan e Biklen (1994), é aquele que conhece, descreve e interpreta processos, fluxos, pessoas, circunstâncias, situações, acontecimentos, gestos, palavras dentro dos contextos, interações, percepções e complexidades em que aparecem, com um caráter subjetivo, mas sem perder a clareza e objetividade de uma análise científica.

O estudo qualitativo tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento, sendo os dados coletados predominantemente descritivos, e as citações frequentemente usadas para subsidiar uma afirmação ou esclarecer um ponto de vista, assim como a análise dos dados tende a seguir um processo indutivo (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

Para isso, o estudo realizou uma descrição e análise contextualizada das ações e serviços de cuidado materno-infantil desenvolvidas pelas eSF vinculadas ao PRMAB, com base na análise das informações coletadas através do diário de campo reflexivo do pesquisador. Falkembach (1987) define o diário de campo reflexivo como sendo um instrumento para anotações de observações de fatos concretos, fenômenos sociais, acontecimentos, relações verificadas, experiências pessoais do investigador, suas reflexões e comentários, sendo para esse autor, uma ferramenta que apreende o ponto de vista do observador, suas percepções, suas ideias e preocupações.

O diário de campo reflexivo foi produzido através da coleta feita pela observação livre dos atores envolvidos nas ações e pela participação direta do pesquisador no planejamento e realização das ações, com o intuito de identificar

de que forma se apresentam as ações que promovem um cuidado longitudinal e quais estratégias e atitudes garantem esse atributo nas práticas e ações direcionadas à população materno-infantil adscrita pelas eSF, apreendendo as impressões e reflexões que surgem neste contexto.

A intenção no projeto de pesquisa do referido trabalho era utilizar as informações dos livros de registros de ações das eSF, porém diante da ausência de anotações, tais fontes se mostraram pouco efetivas para a análise de dados. No cotidiano dos serviços, observa-se que as enfermeiras sempre acabavam sendo responsáveis pelos registros das ações, procedimentos, reuniões, e apesar da colaboração dos residentes e graduandos de enfermagem, a grande sobrecarga de trabalho e de responsabilidades inviabiliza um tempo hábil para os registros. Em uma das UBS os registros estavam atualizados devido a enfermeira conciliar as atividades e os registros, e fomentar constantemente a colaboração dos profissionais, residência e graduandos, que passaram a entender a responsabilidade da continuidade informacional na APS.

Para Saultz (2003) e Haggerty *et al.* (2003), a continuidade informacional, considerada a base da longitudinalidade, diz respeito à qualidade dos registros em saúde, seu manuseio e disponibilização, de forma a favorecer o acúmulo de conhecimento sobre o paciente por parte da equipe de saúde, que por sua vez deve orientar a conduta terapêutica e favorecer a avaliação da mesma. No estudo de Maia e Goya (2016), a inserção da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) da Escola de Saúde Pública do Ceará, além de proporcionar aos profissionais da UBS uma visão mais abrangente dos usuários, garantiu ainda a continuidade informacional à medida que as ações eram registradas nos prontuários e em cada projeto terapêutico singular (PTS).

A realização deste estudo considerou a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade dos sujeitos da pesquisa foi preservada (BRASIL, 2016). No entanto, a pesquisa não necessitou de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que discorre sobre situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional.

## Descrição do contexto

O PRMAB é desenvolvido nos municípios de Caicó e Currais Novos, do RN, desde o ano de 2016, sendo composto por 44 profissionais que são divididos igualmente entre as duas cidades. O programa é fruto do projeto pedagógico multicampi, vinculado à Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN), que por sua vez foi implementada a partir do programa Mais Médicos que trouxe a proposta de responsabilidade social da escola médica com o interior do RN, sendo a residência multiprofissional em saúde mais um fator fundamental para garantir a melhoria dos indicadores e condicionantes de saúde do Seridó.

O programa é composto por carga horária teórica de 1.152 horas e prática de 4.608 horas, e por uma matriz curricular organizada a partir de três eixos distintos, porém integrados, distribuídos em módulos teóricos, práticos e teórico-práticos. O eixo transversal ofertado a todos os residentes possui conteúdos que dão subsídio para uma prática integrada e desenvolvimento de articulação de ações na assistência à saúde; já o eixo comum à área de concentração corresponde às particularidades dos cuidados na AB e suas características específicas na interação dos conhecimentos da equipe multiprofissional; e o eixo longitudinal, dividido pelas profissões que compõem o programa, corresponde a singularidade de cada núcleo profissional, sendo que cada profissão tem pontos intrínsecos para integrar na equipe multidisciplinar.

Desde 2016, o quadro de residentes ingressos é composto por 8 enfermeiros, 8 dentistas, 4 nutricionistas, 4 fisioterapeutas, 4 assistentes sociais, 4 farmacêuticos, 4 profissionais de educação física, 4 psicólogos, 2 médicos veterinários e 2 fonoaudiólogos, distribuídos paritariamente entre as duas cidades, nas quais se dividem novamente em duas equipes, sendo que apenas uma delas terá o médico veterinário e o fonoaudiólogo. A perspectiva do projeto do programa é que a inserção dos profissionais residentes nas RAS possibilite processos de (re)construção e (re)qualificação da assistência à saúde prestada, contribuindo, assim, para a melhoria das condições de vida dos usuários e, conseqüentemente, consolidação da integração ensino-serviço-comunidade, incentivo à educação permanente dos trabalhadores da saúde e fixação de profissionais egressos nesses municípios.

Caicó é considerada uma das maiores e mais influentes cidades do semiárido norte-rio-grandense, sendo o mais importante município da microrregião do Seridó Ocidental e um dos principais de toda a região do Seridó, devido ao forte desenvolvimento resultante das atividades comerciais, da pecuária, do número de estabelecimentos de ensino, de hospitais, entre outros (FARIA, 2011; LUCENA; JÚNIOR; STEINKE, 2018).

Além disso, é caracterizado como um município de médio porte que está localizado no centro-sul, na mesorregião central potiguar do estado, com domínio climático semiárido, estando dentro do polígono das secas, numa área que apresenta alta susceptibilidade ao processo de desertificação (LUCENA; JÚNIOR; STEINKE, 2018). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Caicó tinha uma área territorial de 1.228,583 km<sup>2</sup> em 2018, a população estimada para 2019 é de 67.952 pessoas, em 2010 a densidade demográfica era de 51,04 hab/km<sup>2</sup> e o Índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) era de 0,710, em 2016 o Produto Interno Bruto (PIB) per capita era de 15.672,50 R\$, em 2017 a mortalidade infantil foi de 10,20 óbitos por mil nascidos vivos.

Dentro da proposta do eixo prático comum à área de concentração e através da colaboração com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no primeiro ano do programa os residentes são inseridos na APS, colaborando assim com o processo de trabalho nas UBS. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), até a competência de agosto de 2019, Caicó possuía 24 Unidades Básicas de Saúde/Centros de Saúde e 3 Postos de Saúde. A equipe de residentes da qual o pesquisador faz parte estava inserida no contexto de 3 UBS do município, a do bairro Boa Passagem (BP), Walfredo Gurgel (WG) e Castelo Branco (CB), colaborando com o processo de trabalho de 5 equipes, pois tanto na UBS do BP, quanto na do WG, atuavam 2 eSF. Nesse primeiro ano, os residentes tinham como preceptores os 5 enfermeiros e 3 odontólogos dos serviços.

## **Territorialização**

Embasados pelo eixo teórico do programa e através de um instrumento fornecido nas aulas, os residentes realizaram o processo de territorialização das áreas adscritas pelas 5 eSF no período de março à maio de 2018, e após conhecer

as UBS, os fluxos dos serviços, os processos de trabalhos das equipes, dividiram-se em duplas e acompanharam os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que prontamente apresentaram os territórios, destacando o perfil de saúde e adoecimento, as condições socioeconômicas, ambientais e sanitárias, bem como as atividades produtivas, os equipamentos e agrupamentos sociais, os limites territoriais, áreas e zonas de riscos e as potencialidades das comunidades. Ao final, as informações coletadas foram compartilhadas e foram elaborados mapas para um melhor planejamento das ações.

Diante da territorialização foi observado que a população materno-infantil era bastante expressiva, principalmente nas áreas adscritas pelas eSF da BP e WG. Constatou-se ainda, que as ações direcionadas a esses(as) usuários(as) possuíam pouco potencial de garantir um cuidado longitudinal, à medida que não havia oferta regular de ações de cuidado materno-infantil reconhecimento da população e vinculação entre os envolvidos.

De forma semelhante, nos estudos de Ramos, Bezerra e Paiva (2013), e de Oliveira e Medeiros (2018), a territorialização possibilitou caracterizar a população e seus problemas de saúde, conhecer a história da comunidade, compreender suas crenças, costumes e valores, possibilitou o monitoramento das ações das eSF e a execução dos planos de intervenção, assim como o fortalecimento de vínculos entre os profissionais e a população adscrita, promovendo maior confiança, favorecendo a produção de um cuidado longitudinal e melhorando a qualidade da atenção.

Discutindo as demandas elencadas no processo de territorialização, e a importância do atributo da longitudinalidade, a residência enfatizou a importância das eSF garantirem um cuidado longitudinal ao binômio mãe-bebê. Dessa forma, as equipes foram estimuladas e apoiadas a ofertarem regularmente ações de cuidado materno-infantil, que deveriam ser reconhecidas pelos(as) usuários(as) e famílias, e ter o potencial de estabelecer vínculos terapêuticos duradouros e garantir uma continuidade informacional.

Com isso, foram ofertadas ações de consulta de pré-natal (PN) compartilhado, grupo de gestantes, visita guiada de vinculação ao hospital materno-infantil de referência, visita puerperal compartilhada, consulta de Crescimento e Desenvolvimento infantil (CD) coletiva e compartilhada, além de ações coletivas e compartilhadas pontuais como as de saúde da mulher, vacinação e dia das

crianças. Embora tenham diferido em cada UBS, tendo em vista as especificidades de cada equipe e seus territórios, as ações foram pensadas e realizada de forma a promover um acompanhamento multiprofissional, compartilhado e longitudinal das gestantes, puérperas, mães, pais, neonatos e crianças, baseado no trabalho e em estratégias/metodologias/attitudes capazes de possibilitar um cuidado longitudinal, troca de saberes e criação/fortalecimento de vínculos.

## Grupo de gestantes

O grupo de gestantes foi pensado e proposto pela residência durante momentos de planejamento, sendo estruturados seus encontros, objetivos, temáticas, divisão de responsabilidades, estratégias de chamamento e formas de adesão. A equipe de pesquisa ficou responsável pelos grupos das UBS da BP e CB, que contemplaram um total de 24 gestantes no período de junho de 2018 à março de 2019, e tiveram a participação de um total de 12 profissionais das eSF.

A partir da colaboração da residência, as eSF ofertaram encontros que não se resumiram a momentos puramente de educação em saúde ou de instituição de protocolos avaliativos e terapêuticos específicos, mas que envolvessem prioritariamente práticas de cuidado humanizadas e a vivência de momentos de reflexão e autoconhecimento que promoveram bem-estar biopsicossocial nas gestantes. Identificou-se que a residência inseriu metodologias ativas, dinamismo, ambientação, estratégias de acolhimento, autocuidado e construção de vínculos, além de práticas corporais, integrativas, complementares, singulares e humanizadas.

As práticas corporais envolveram técnicas de relaxamento, exercícios respiratórios, de consciência e expressão corporal, de controle e fortalecimento da musculatura perineal e do assoalho pélvico. Os momentos de troca de saberes e discussões incluíram temáticas como alimentação saudável durante a gestação, lactação e primeira infância; direitos e deveres das gestantes, pais e crianças; concepções, riscos e benefícios de cada tipo de parto; posições e procedimentos recomendados para potencializar e acelerar o trabalho de parto; elaboração do plano de parto; exercícios físicos e rotina ativa na gestação; depressão gestacional e no pós-parto; recomendações e procedimentos de higienização oral e auditiva dos neonatos; manejo com os primeiros dentes na criança; desenvolvimento

orofacial dos neonatos e crianças; importância do aleitamento materno exclusivo; causas e manejos dos sinais e modificações da gestação.

Foram incorporadas ao longo dos encontros práticas de musicoterapia, aromaterapia, automassagem com óleo, conversação em roda, associados a canções que fizeram alusão aos batimentos cardíacos fetais, bem como reflexões, dinâmicas e textos disparadores sobre as demandas psicossociais e familiares da gestação e maternidade. A arteterapia e construção de cartazes estimularam a aceitação e expressão dos sentimentos e sensações vivenciados, e a pintura gestacional possibilitou (re)significar a gravidez e a maternidade. Ao final dos encontros era perceptível a diversidade de emoções, sensações e reflexões despertadas nas gestantes e o bem-estar, autoconhecimento, autocuidado e fortalecimento de vínculos.

Entretanto, observou-se em alguns encontros envolvimento insuficiente dos profissionais das eSF e uso de metodologias em forma de palestras, sem dinamismo e socialização, sendo subsequentemente percebida perda de adesão e vínculo. A pouca adequação entre os conteúdos teóricos e a vivência prática, bem como as fragilidades no exercício da preceptoria e tutoria profissional ampliaram os desafios dos residentes para efetivar as atividades pretendidas.

Ao contrário da experiência evidenciada por esse estudo, Camargo *et al.* (2018) em um estudo sobre a experiência de uma RMS na ESF, destacou que o processo formativo na residência considerou bases teóricas essenciais para a construção do diagnóstico e projeto de intervenção, envolvendo temáticas pertinentes na qualificação da inserção e atuação dos residentes nas eSF, e que na instrumentalização dos mesmos foram elaborados roteiros, discutidas habilidades mínimas para sua efetivação, assim como envolveu a prática de boas maneiras, atitudes esperadas, abertura ao novo, sem julgamentos, e escuta ativa. Com isso, entende-se a importância de garantir instrumentos de gestão do cuidado, como as tecnologias leve e leve-duras, para que as ações sejam incorporadas aos processos de trabalho das equipes.

No estudo de Maia e Goya (2016), também foi apontada como necessária uma preparação logística e organizativa mais detalhada na formação e execução da residência no momento que antecede a inserção no campo de prática, destacando discussões sobre a RMSFC, a fim de proporcionar um espaço interativo de convivência e reduzir embates nas relações entre os profissionais.

Compreendeu-se que o trabalho em equipe fomentado pela programa de residência contribuiu para fortalecer a construção de conhecimento, confiança e vínculo nos grupos, e assim enfatizada a oferta de uma assistência longitudinal no pré-natal nas UBS capaz de impactar na autonomia e coparticipação da gestante diante do seu próprio processo de cuidado e itinerário terapêutico entre os pontos de atenção da RAS, fortalecendo assim o papel da APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. Para Maia e Goya (2016), o cuidado multiprofissional nos serviços de saúde possibilita um olhar horizontal acerca do sujeito e de suas demandas, permitindo troca de saberes com foco em cada área específica de atuação, o que abre espaço para maior resolutividade, maior aproximação dos sujeitos e fortalecimento de vínculos comunitários, colaborando para qualificar a assistência.

Abordar os tipos, formas e planos de parto nos encontros, foi apontado pelas gestantes como fundamental para o empoderamento, confiança e coragem nas decisões sobre o parto, especialmente o normal, bem como reduziu preconceitos, tabus, medos e ansiedade. Identificou-se que o grupo as ajudou a entender e aceitar os fatores que levaram ao parto cesáreo que não dependem delas, afastando a frustração e culpabilidade. Identificou-se que as gestantes reconheciam a importância da solidariedade e o apoio nos grupos, e principalmente da atenção e do forte vínculo construído com e pela residência, bem como a humanização, tato e profissionalismo nos momentos de cuidado e bem-estar dos encontros, de forma a respeitar os diversos contextos e valorizando as queixas, demandas, conflitos, angústias, medos e saberes de cada participante.

Compreendeu-se que as gestantes percebiam os profissionais dos serviços de saúde como pouco preocupados com a realidade do usuário, mas que entendiam que além de atendimentos e aprendizados, a residência fomentava nas equipes uma atenção que também contemplasse as dificuldades pessoais, familiares e sociais envolvidas na gestação, parto e maternidade, promovendo apoio e maior segurança no manejo dessas situações.

Percebeu-se que os momentos que incluíram práticas integrativas, complementares e humanizadas, especialmente a arteterapia com desenhos e pinturas gestacionais, foram os mais potentes na criação de vínculos, pois houve descontração, toque, troca de relatos pessoais e estabelecimento de confiança, promovendo um encontro não apenas de profissionais da saúde e usuários(as),

mas sim de sujeitos, sendo que cada um levava para aqueles momentos sua bagagem pessoal e estava disposto a contar com a ajuda e o cuidado do outro. No estudo de Oliveira e Medeiros (2018) sobre a Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí, a inclusão da residência nas equipes da ESF ampliou o escopo dos serviços ofertados, fortalecendo as ações com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças, e sua maior disponibilidade nas UBS favoreceu o acompanhamento e a solução dos casos atendidos.

### **Consulta de pré-natal compartilhada**

Enfatizando a perspectiva longitudinal do cuidado durante as reuniões de equipe, e tendo em vista que algumas demandas individuais das gestantes não eram contempladas em ações coletivas e que os profissionais das eSF demonstravam dificuldades no manejo de demandas de saúde que iam além de seu núcleo de saber profissional, como também diante da resistência e indisponibilidade de algumas gestantes em participar dos grupos, a consulta de PN compartilhado foi incorporada no escopo de ações ofertadas pelas eSF ao público materno-infantil adscrito. Percebeu-se que essas consultas tiveram grande potencial de garantir tanto a longitudinalidade e resolutividade do cuidado, como o compartilhamento de saberes entre diferentes categorias profissionais, fomentando em equipe.

As consultas contemplaram gestantes que apresentavam demandas prioritárias e que precisavam de atenção multiprofissional, e aconteceram após discussões dos casos e definições compartilhadas dos profissionais participantes. Os residentes e as enfermeiras, médicos e técnicas de enfermagem acolhiam as gestantes e registravam as consultas nos prontuários e livros das UBS, sendo realizados encaminhamentos para acompanhamento continuado com alguns dos profissionais caso fosse necessário. As consultas foram realizadas com 16 gestantes e ocorreram no período de maio/2018 a março/2019. De acordo com Salvador *et al.* (2011), a multiprofissionalidade como estratégia de reorganização dos serviços é fundamental para um cuidado integral em saúde e interdisciplinaridade das ações, pois garantindo a interação entre vários conhecimentos técnicos e específicos e a cooperação entre diversos indivíduos detentores de diferentes saberes abre espaço

para soluções ou propostas de intervenção, as quais não poderiam ser produzidas de forma uniprofissional.

Identificou-se bastante adesão e resolutividade nas consultas das UBS do WG e CB, sendo percebida satisfação das gestantes e dos profissionais diante da colaboração da residência, identificando-se os impactos positivos do trabalho organizado e em equipe no processo de cuidado longitudinal. No entanto, a fragilidade na responsabilização, organização e efetivação do processo de trabalho identificada nas eSF da BP, poderiam ter colaborado para a irregularidade e desconhecimento das consultas e assim falta de adesão dos(as) usuários(as). Para Merhy (2002), o trabalhador realiza opções tecnológicas ou políticas a favor ou contra o SUS a todo momento, pois a relação entre o profissional e o cenário em que ele se encontra acontece em um mundo não estruturado e com alta capacidade inventiva, conferindo, ao trabalhador, a liberdade de agir no cotidiano.

Dentre as ricas vivências proporcionadas pelas consultas, destacou-se a experiência de acolher e escutar uma gestante no seu 3º mês de gestação que tinha deixado recentemente o bairro CB, estando tensa e nervosa em relação ao resultado de um exame de ultrassonografia fetal que havia apresentado a um profissional da sua nova eSF sem vinculação ao programa de residência. Percebeu-se insatisfação com o profissional que fora totalmente indelicado e desumano ao informá-la, sem maiores esclarecimentos, que o exame revelara alterações que poderiam causar a perda do bebê. Os residentes e profissionais da eSF a acolheram e explicaram claramente que o achado seria uma descamação na pele do feto, sem nenhum risco, tranquilizando a gestante e atendendo as demais demandas de saúde durante a consulta compartilhada.

Diante disso, foi possível refletir e questionar se a adscrição do território enquanto diretriz organizativa dos serviços na APS teria potencial de contribuir de fato para a garantia da longitudinalidade do cuidado, à medida que, quando seguido de forma inflexível, mostra-se como um dificultador para a manutenção de vínculos, burocratização da assistência e retirada do direito de escolha das usuárias. Além disso, as consultas reafirmaram a importância das eSF pautarem o processo de cuidado na longitudinalidade e no bem-estar biopsicossocial das gestantes, visto que algumas delas não apresentavam demandas orgânicas, outrossim de ordem psicológica e sociofamiliar, e ao final dos encontros mostraram-

se satisfeitas com a atenção multiprofissional e humanizada ofertada, bem como confiantes para lidar com seus contextos de vida e saúde.

Nesse sentido, as consultas de PN compartilhado evidenciaram o quanto a postura profissional deve ser balizada pela humanização, empatia e compartilhamento de saberes, para que seja garantido um vínculo longitudinal e assim o processo assistencial não torne a gestação ainda mais obscura e desafiadora, principalmente para as primíparas. O programa de residência estimulou os profissionais das eSF a discutirem os medos que envolvem a gestação, bem como os mitos e tabus que cercam a assistência pré-natal, muitas vezes considerada como meramente tecnicista, impessoal e alheia aos princípios da ESF e do SUS. Rossoni (2015) afirma que a finalidade da formação na RMS é atender às necessidades de preparo de profissionais para atuação no SUS e, portanto, seus princípios devem ser contemplados.

Compreendeu-se as consultas como espaços de diálogo sobre a importância de entender a concepção cultural de que os serviços de saúde e seus profissionais tratam apenas usuários fisicamente adoecidos, passando a demonstrar que o cuidado não se restringe a essa perspectiva biologicista e tecnicista, devendo englobar uma competência familiar e cultural, lidando com todos os contextos dos territórios através da correlação do bem-estar com as condições de vida e trabalho das usuárias, conforme o proposto em uma das dimensões do modelo de determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead (1991).

No estudo de Oliveira e Medeiros (2018), constatou-se que a inserção da residência proporcionou a vivência de um espaço de troca de saberes, compartilhamento de experiências únicas, facilitou a compreensão de que o cuidado à saúde transcende a consulta no consultório, exigindo dos profissionais, além do conhecimento técnico no núcleo profissional, mas também a capacidade de lidar com as diferenças e o comprometimento com a adoção de novas práticas e processos.

Domingos, Nunes e Carvalho (2015) estudaram a percepção dos trabalhadores de saúde sobre as potencialidades da inserção na UBS da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), Universidade Estadual de Londrina, e observaram que a presença constante de residentes das categorias profissionais que não atuavam na unidade anteriormente, resultou no aumento da capacidade da equipe de resolver e/ou enfrentar os problemas de saúde do usuário,



pois representaram um apoio na prestação do cuidado, por meio da troca de conhecimentos que foi proporcionada pela discussão de casos e tomada de decisão para a realização do cuidado em saúde entre diferentes categorias profissionais.

### **Visita de vinculação guiada**

Garantida na Portaria desde 1.459/2001, que institui a rede Cegonha no âmbito do SUS, a visita guiada de vinculação ao hospital materno-infantil foi pensada nas UBS do CB e BP como parte importante da programação dos grupos de gestantes, que por sua vez demonstraram forte interesse. Diante da dificuldade de disponibilização de transporte pela SMS, o programa de residência conseguiu o transporte da UFRN e se articulou o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil (PRMSM) que também pertencem ao projeto Multicampi e estavam inseridos no hospital de referência das gestantes, e estes por sua vez se organizaram com os profissionais e gestão do serviço para o acolhimento e visita guiada. Os ACS fizeram o chamamento a todas as gestantes acompanhadas, e os residentes o reforçaram durante as ações de cuidado materno-infantil ofertadas.

As visitas guiadas ocorreram no Hospital do Seridó, que é o serviço de referência das gestantes no município, e tem sua administração, custeio e prestação dos serviços de saúde sob a responsabilidade da SMS de Caicó, de acordo com o decreto nº. 537 de 28 de março de 2017. Conforme a Lei nº 11.634/2007, o conhecimento e a vinculação à maternidade é um direito da gestante, devendo a visita ser garantida após a 30ª semana de gestação diante do interesse sinalizado pela gestante. O processo de vinculação é organizado através de protocolos que preconizam o estabelecimento de agentes vinculadores, mapa de vinculação, qualificação do fluxo de informações e compilados para a maternidade de referência, visita de vinculação, instituição de ferramentas de referência e contrarreferência, garantia da continuidade do vínculo com a eSF e fomento à participação do parceiro (BRASIL, 2007).

Em 2015 a Secretaria de Estado da Saúde Pública do RN publicou um Protocolo de assistência materno infantil do Estado do RN, no qual destaca a visita de vinculação como uma das atividades estratégicas do pré-natal e como um dos objetivos dos profissionais que atendem o público materno, porém não orienta

como a visita deve ser preconizada (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO NORTE, 2015). Identificou-se que o processo de vinculação é pouco conhecido e visualizado nas UBS pelos profissionais das eSF e residentes, sendo percebidas fragilidades na gestão da AB de ações e estratégias de vinculação. Em contrapartida, a gestão do hospital e os enfermeiros das eSF foram compreendido como potentes protagonistas na facilitação e condução das visitas.

Silva *et al.* (2014) destaca como necessária a construção de parcerias entre universidades, gestores e a comunidade, na perspectiva de uma visão ampliada de saúde e formação profissional. Rossoni (2015) ressalta que o trabalho na APS é frequentemente considerado de baixa complexidade e com pouca ou nenhuma valorização, sendo a inserção da residência e o processo de ensino-serviço uma estratégia de enfrentar esse entendimento, mas para que a escolha pela atuação na APS permaneça após concluída a formação, é necessário qualificar as estruturas físicas e os processos de trabalho dos serviços.

Durante as visitas, as gestantes foram recebidas pelo gestor e residentes, ocorreu a apresentação de todos, esclareceu-se a importância da visita guiada e como aconteceria, conheceu-se os locais de recepção e acolhimento, bem como os fluxos possíveis dentro do serviço e as prioridades, apresentou-se todas as instalações do hospital, destacando os procedimentos, insumos, equipamentos e encaminhamentos de cuidado realizados e os profissionais responsáveis. Frisou-se também a necessidade da parturiente portar o Cartão SUS, a caderneta da gestante e todos os exames realizados durante o pré-natal, para garantir a continuidade informacional.

Demonstrou-se os testes do olhinho, coraçãozinho e da linguinha, sendo este último realizado em colaboração com o PRMAB e elogiado pelas gestantes. Visitou-se a sala de pré-parto, considerada um espaço potente em que a parturiente era partejada através de técnicas de massoterapia, musicoterapia, exercícios de relaxamento e respiração, reduzindo a ansiedade, dor e insegurança. Nas visitas todos os profissionais da instituição foram bastante receptivos e acolhedores, e as gestantes mostraram-se atentas e foram estimuladas a expor suas dúvidas, vivências e angústias.

Em todas as visitas foi questionada a garantia do acompanhante no serviço, mesmo que a Lei nº 11.108/2005 e a Portaria nº 2.418/2005 obriguem os serviços de saúde a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante

indicado por ela durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Compreendeu-se que o direito ao acompanhante era assegurado, que o pai teria livre acesso ao hospital, porém que ocasionalmente a roupa estéril utilizada na sala de parto cesáreo não era suficiente para todos os acompanhantes e que por questões de privacidade nas enfermarias, seria indicado que fosse uma acompanhante feminina (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005c).

Percebeu-se muitos receios nas gestantes acerca das evoluções e complicações do trabalho de parto, e os profissionais das eSF, e assim os residentes e profissionais do hospital dialogaram sobre esses medos e anseios, destacando que não seria pertinente que as gestantes projetem suas futuras vivências se baseando nas experiências de outras, à medida que cada gravidez e cada parto é singular. Outra dúvida frequente versava sobre a indicação do parto normal ou cesáreo na instituição, sendo esclarecido que o tipo de parto dependeria das condições clínicas da parturiente e da indicação médica, sendo discutido a importância dos serviços de saúde combaterem a lógica do parto cesáreo por opção e agendamento, sem nenhum critério ou indicação clínica. Identificou-se que as usuárias aprenderam nos grupos de gestantes que apesar do protagonismo em todo o processo, a evolução e indicação do tipo de parto não dependeria da sua vontade, pois envolvia diversos fatores, atenuando as frustrações.

Observou-se que as gestantes se esclareceram sobre os horários e formas de acionamento dos residentes do PRMSM, sendo identificado que a gestão e os profissionais da instituição entendiam a inserção do PRMSM como qualificadora do serviço, principalmente os cuidados no trabalho de parto e pós-parto imediato. Os profissionais das eSF também demonstravam valorizar a importância do PRMAB na oferta de acompanhamento humanizado e longitudinal às famílias adscritas. No estudo de Domingos, Nunes e Carvalho (2015), observou-se que à medida que os trabalhadores foram conhecendo a residência, estabelecendo relações e parcerias no desenvolvimento das ações, o trabalho em equipe passou a acontecer não mais apenas entre os residentes, mas, também, entre estes e os trabalhadores da unidade.

Evidenciou-se nas visitas as dificuldades e desafios enfrentados pelos profissionais, residência e gestão do hospital devido ao recente processo de

municipalização do serviço. Foi dialogada sobre a importância de estreitar a comunicação e articulação entre o hospital e a AB, e de fortalecer as ações que promovem uma rotina ativa e sem tabus durante a gestação. As visitas foram finalizadas na praça de convivência do hospital, com uma roda de conversa sobre alimentação saudável e mitos na gestação, e ainda confraternização com musicalidade e socialização.

Compreendeu-se a necessidade das visitas para as gestantes, pois foi percebida redução do medo, insegurança e ansiedade, a partir do conhecimento do serviço. Compreendeu-se que o empoderamento das gestantes quanto aos seus direitos, promovido nas visitas e nos grupos de gestantes, possibilitava a luta pela garantia do acompanhante a sua escolha durante o parto. Os resultados das visitas corroboram com o estudo de Brandão *et al.* (2018), que destacaram que a visita de vinculação guiada deve ser estruturada de forma a familiarizar às gestantes ao ambiente hospitalar antes que o parto aconteça, permitindo conhecer o trajeto, as instalações e os profissionais do serviço, fornecendo informações e orientações, esclarecendo dúvidas e questionamentos sobre documentos e objetos necessários para internação, bem como sobre os horários e número de visitas e as regras da instituição quanto ao acompanhante.

Embora tenham sido consideradas potentes e impactantes, assim como as demais ações, as visitas de vinculação também envolveram desconfortos, conflitos e relações de poder, à medida que foram operacionalizadas por pessoas, com todas as relações intersubjetivas advindas do processo de formação e preceptoria. As preceptoras da UBS da BP optaram por fazer as visitas em dias separados, justificando ser logisticamente mais adequado, e novamente indo de encontro às sugestões dos residentes e evidenciando a perspectiva rígida e burocrática da adscrição do território.

Rodrigues (2016), em seu estudo sobre formação e trabalho no contexto das RMS, destacou que processo de integração entre residência e profissionais tem sido considerado conflitante, à medida que não estaria claro o papel do residente junto aos cenários de práticas, nos quais ora é visto como “aluno” em processo de formação (mesmo que já graduado), ora como “mão de obra barata” e “precarizada” devido a insuficiente quantidade de profissionais junto ao SUS.

## Visita puerperal compartilhada

Durante os encontros do grupo de gestantes era constantemente mencionado pelas usuárias a importância da visita puerperal por considerarem o momento após o parto ainda mais desafiador, principalmente para as inexperientes. Sendo assim as visitas foram incorporadas ao escopo de ações regularmente ofertadas, sendo agendadas com a colaboração dos ACS, realizadas pela residência com pouco envolvimento dos demais profissionais das eSF, o que provavelmente dificultou uma oferta regular e longitudinal de cuidado às puérperas e seus filhos.

No estudo de Oliveira e Medeiros (2018), observou-se que os profissionais das UBS não valorizavam as atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, alegando falta de tempo e excesso de trabalho, demonstrando dificuldades para propor soluções que as viabilizassem, tornando desafiador o compartilhamento de conhecimentos, experiências, novas perspectivas e propostas de trabalho.

Levando em consideração que saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade, as visitas puerperais foram pautadas na atenção multiprofissional às questões biopsicossociais que envolviam o binômio materno-infantil para a construção/fortalecimento de vínculos (SCLAR, 2007). Além de avaliar a puérpera e o neonato, as consultas envolveram diálogos, troca de saberes, demonstrações e orientações claras sobre saúde, autocuidado e autoestima das puérperas, amamentação, alimentação complementar e sono das crianças, higienização oral e posicionamentos do bebê no berço, posturas da mãe nos cuidados, ingurgitamento e fissuras mamárias, apropriação da caderneta da criança, planejamento familiar, fortalecimento do vínculo mãe-bebê, doação leite para o banco de leite que estava sendo implantado no hospital materno-infantil, riscos de quedas, monitoramento do peso e estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor da criança com a utilização de brinquedos de diferentes cores, texturas, pesos e formas, e ainda realização e averiguação de exames e da situação vacinal.

Foram também promovidos momentos de escuta e aconselhamento, nos quais identificou-se nas puérperas frustrações, conflitos pessoais e familiares diante das transformações ocorridas. Apesar de uma sociedade que dita e cobra que as mães sejam capazes naturalmente de atender a todas as demandas do lar e dos filhos,

durante a visita foram percebidas muitas angústias e frustrações das mesmas diante de dúvidas referentes ao posicionamento do(a) filho(a) durante a amamentação (a pega), a leitura e interpretação de resultados de exames, e a mediação de conflitos com os parceiros, que demandam orientações e apoios que pareciam simples para os profissionais e residentes, mas promoveram segurança e melhorias que impactaram consideravelmente no bem-estar das puérperas e famílias.

Percebeu-se reconhecimento das puérperas visitadas da importância da equipe multiprofissional para um cuidado mais completo, compreendendo-se que abordavam os sentimentos e dúvidas que as angustiavam, fornecendo um momento de escuta, desabafo e conselho. Além disso, a partir das visitas, identificou-se que muitas mães se mostravam estimuladas a participar das consultas de CD coletivas e compartilhadas.

De forma semelhante, no estudo de Maia e Goya (2016), observou-se que a atuação da residência se afastou da lógica produtivista do eixo doença-saúde, estimulando e difundindo nas UBS um processo de trabalho em saúde que fortaleceu a difusão do trabalho em saúde para além do adoecimento populacional, em uma perspectiva da saúde como ato em prol da vida, um eixo compreensivo de vida-saúde. Entretanto, na experiência de Oliveira e Medeiros (2018), a residência também colaborava com a realização de visitas domiciliares e consultas compartilhadas de puericultura, porém a atuação era pautada nas especificidades técnicas de cada categoria profissional.

Em todas as visitas era possibilitado um espaço de fala para que as puérperas discorressem sobre o que vinham vivenciando desde o parto, bem como aconteciam significativas trocas de saberes com os residentes acerca da própria saúde e dos seus filhos. Algumas delas já possuíam vínculos com a residência através das consultas individuais, de pré-natal compartilhado e dos encontros dos grupos de gestantes, ressaltando inclusive que os exercícios de conscientização e fortalecimento perineal, possibilitaram maior segurança e calma no reconhecimento e manejo das contrações uterinas, e que as demais orientações e apoios da residência foram cruciais para manter a calma, segurança e postura ativa diante das fortes dores do parto.

As condutas advindas do saber popular foram compreendidas sem nenhuma imposição ou intimidação, sendo valorizadas as consideradas benéficas e dialogadas delicadamente as que não seriam indicadas, identificou-se assim o

ato de ofertar chá de boldo e leite de vaca para o neonato, fazer esforços excessivos no pós-parto, considerar o aleitamento materno insuficiente e as condutas machistas no ambiente familiar. Percebeu-se cansaço nas puérperas, no entanto, foram extremamente receptivas, sendo apreendido o desejo de que o grupo de gestantes tivesse continuidade em um grupo de mães.

Silva *et al.* (2014) em um estudo sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde, concluíram que as vivências multidisciplinares durante a inserção nas eSF promoveram aprendizado teórico-prático dos preceitos adotados pelo SUS, auxiliando na formação de profissionais habilitados a desempenhar atividades na APS, como aprender e transmitir informações aos usuários, identificar as necessidades coletivas de saúde da área de abrangência, executar e avaliar planos de cuidado/intervenção, priorizando as ações de promoção e prevenção à saúde, valorizando o trabalho em equipe e aumentando a resolutividade da APS.

Identificou-se que em algumas visitas a força do vínculo se materializou no ato dos residentes auxiliarem a criança a adormecer e no descontentamento das puérperas com a adscrição do território, pois algumas iriam se mudar mas queriam continuar a participar das ações que a residência colaborava, já foi possível depreender que os encontros envolveram coletividade, troca de saberes, humanização, dinamismo e amorosidade, sendo compreendida a importância da residência para a saúde da comunidade. No estudo de Domingos, Nunes e Carvalho (2015), a residência fortaleceu as ações de saúde de acordo com a integralidade da atenção, contribuindo para que a ESF se torne um dispositivo de mudança do modelo de assistência à saúde e uma evolução no caminho da construção da AB.

Compreendeu-se a partir do que foi identificado nas visitas que o nível de humanização e a garantia dos direitos das parturientes no Hospital do Seridó variavam de acordo com a equipe plantonista. Percebeu-se insatisfação em relação a não ter visto seus filhos quando nasceram e do acompanhamento pelo seu companheiro.

Percebeu-se que para algumas usuárias ninguém se preocupava com a mãe, sendo a atenção dirigida apenas ao neonato, e que o processo de adaptação a maternidade estava sendo desafiador. Os residentes dialogaram sobre as cobranças e a importância de (re)significar muitas sensações e pensamentos, de debater os

conflitos com a rede de apoio, e ainda foram aplicadas algumas práticas integrativas e complementares. Ao final das consultas, era percebida satisfação das puérperas e os familiares com a atenção multiprofissional durante as visitas, sendo compreendida a importância dessas ações para a adesão às consultas de CD coletivas e compartilhada, ações pontuais, e ainda a buscarem o serviço sempre que precisarem.

## **Consulta de CD coletiva e compartilhada**

As consultas de CD Coletivas e Compartilhadas só aconteciam na UBS do CB, sendo inseridas pela residência também no escopo de ações regularmente ofertadas nas UBS do WG e BP. As consultas aconteciam mensalmente, sendo a cada mês contempladas as faixas etárias dos 0 a 6 meses, 6 meses e dia à 1 ano, e 1 ano e 1 dia à 2 anos, possuindo uma estrutura bastante semelhante composta por aferições antropométricas das crianças, cálculo e registro do Índice de Massa Corporal, bem como avaliação e registro dos marcos e etapas do Desenvolvimento Neuropsicomotor da criança na caderneta.

A metodologia fomentada pela residência nas consultas era baseada na pró-atividade e corresponsabilidade das famílias, no fomento a apropriação da caderneta da criança como instrumento norteador do cuidado e do monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil, da priorização do diálogo constante e construção de vínculos como forma de conhecer e atender às necessidades de saúde dos usuários, além de buscar metodologias dinâmicas e ativas que pudessem proporcionar maior clareza e envolvimento dos participantes. Lima (2017) define as metodologias ativas como tecnologias que proporcionam engajamento dos participantes, a fim de favorecer suas capacidades crítica e reflexiva, promovendo pró-atividade, vinculação da aprendizagem aos aspectos significativos da realidade, desenvolvimento do raciocínio e de capacidades para intervenção na própria realidade, colaboração e cooperação.

Assim, foram realizados ainda momentos de roda de conversas, relatos e compartilhamento de práticas que variaram conforme a faixa etária das crianças, sendo trabalhas temáticas como suplementações vitamínicas, manejo de comportamentos de agressividade e impulsividade das crianças, estímulo e preservação dos seus marcos motores através de atitudes e práticas cotidianas, redução de riscos de quedas e

acidentes, importância da vacinação, do aleitamento materno, formas de alimentação complementar e de prevenir o acometimento por otite, oficina de Shantala, e desenvolvimento e higienização oral e dentário das crianças.

Identificou-se que nas USF as ACS sempre acolhiam os usuários e crianças, pois mesmo que nem sempre permanecessem na ação, para elas parecia ser importante se certificar da presença dos usuários para parabenizá-los ou reforçar posteriormente aos faltosos a necessidade de comparecer às ações ofertadas. A enfermeira e o(a) dentista foram os profissionais da eSF que regularmente conduziam a consulta junto aos residentes, além do(a) médico(a) no caso do CB. Ficou claro que a presença e maior engajamento os profissionais das eSF eram determinantes para a assiduidade e envolvimento dos usuários, e que a partir da primeira consulta e do envolvimento no grupo de gestantes, o vínculo era fortalecido e os usuários iam regularmente às consultas subsequentes, como também as demais ações ofertadas.

Rodrigues (2016) destaca que, embora os residentes não sejam profissionais com vínculos efetivos junto aos serviços de saúde, os problemas enfrentados pelos cenários de prática impactam diretamente em seu processo de formação, sendo a preceptoria de campo o suporte por parte do serviço junto às dificuldades encontradas pela residência.

Nas rodas de conversa as usuárias compartilharam vivências, percepções e conhecimentos populares que era de desconhecimento dos profissionais e residentes, enriquecendo as discussões, assim como era observado que os profissionais aprendiam muito uns com os outros e acabavam reproduzindo algumas práticas, como a massagem shantala, orientações como as de higiene bucal e alimentação saudável.

As conversas e trocas de saberes e vivências dos usuários promovia ajuda mútua e vínculos entre eles. Para as crianças era um momento único de socialização com os pais, profissionais e residentes, sendo ainda uma oportunidade de habitua-las à UBS, desconstruindo o medo e a percepção do serviço como espaço de doença, sofrimento, procedimentos e atitudes invasivos e dolorosos, muitas vezes fixados no imaginário das crianças e reforçados pelos pais, familiares e comunidade.

De forma semelhante, no estudo de Maia e Goya (2016), constatou-se que a residência colaborou para uma maior intensidade e amplitude do serviço,

aproximando-o da comunidade, estabelecendo vínculos mais fortes e concretos, que refletiu numa maior participação em ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, de forma mais ágil e mais eficaz.

As consultas na UBS do WG foram realizadas conjuntamente entre as duas equipes e foram marcadas pelo forte interesse e comparecimento da população, e, além das mães, as crianças eram acompanhadas por outros membros da família como avó, tia, pai e irmãos. Em contrapartida, havia uma limitação estrutural e material bastante evidente que prejudicava de certa forma algumas atividades e diminuía o conforto dos presentes. Apesar disso, os profissionais das eSF sempre dialogavam, organizavam e planejavam as consultas, sendo estimulado e valorizado o aprendizado, troca de saberes e vínculos construídos, o que resultava em maior envolvimento e compromisso dos usuários, expressos nos diálogos, nas boas relações e na presença cada vez maior nas consultas. Foram realizadas reuniões para estabelecimento de fluxos e programações, temas das rodas de conversas, a divisão de responsabilidades, seleção de dinâmicas e as formas de lidar com conflitos e imprevistos.

Batista e Gonçalves (2011) indicam que investimentos no fortalecimento do processo de formação e qualificação em saúde podem produzir mudanças significativas na dinâmica do serviço, mas que precisam de condições estruturais, pois a interação entre essa estrutura e os objetivos das propostas de treinamento/qualificação devem estar alinhados. No estudo de Maia e Goya (2016), observou-se que os serviços de saúde careciam de estrutura voltada a absorver novos profissionais, que por já serem limitados na realidade do próprio sistema de saúde, com a chegada dos residentes, passaram a ser disputados entre os profissionais.

Já as consultas no CB, apesar de estruturalmente ser considerada uma UBS modelo e dispor de vários materiais e insumos de aferição e de educação em saúde adquiridos e confeccionados ao longo das ações, não obtiveram uma participação quantitativamente tão expressiva dos usuários, provavelmente devido as melhores condições socioeconômicas da população adscrita que sabidamente recorria mais aos serviços de saúde privados.

A inserção dos residentes no cenário de prática foi importante por ter colaborado na proposição de metodologias de trabalho inovadoras, mais integradas e com estímulo à criação de vínculo e corresponsabilidade. Apesar de

enfrentar resistência a princípio, após algumas reuniões de equipe e vivências ao longo das ações, a metodologia proposta pela residência passou a ser considerada e estabelecida como a mais adequada.

As consultas do BP aconteciam de forma separadas entre as duas eSF que atuavam na unidade, poucos profissionais compareciam e colaboravam na oferta das ações e havia desequilíbrios nas relações de poder dentro da equipe e com os residentes. À despeito do planejamento inadequado das consultas, não foi estabelecida uma programação padrão de temas a serem abordados para cada faixa etária, e momentos antes das consultas eram acordados os fluxos e temáticas que estruturariam as ações, sendo desafiador para os residentes. Em virtude disso, a adesão dos usuários foi variável em ambas as equipes, sendo que em algumas ações o quantitativo de usuários era grande, enquanto outras consultas tiveram que ser remarçadas pela ausência dos mesmos.

Diante disso, foram realizados momentos de sensibilização com todos os profissionais das eSF, reforçando a importância das consultas de CD coletivas e compartilhadas, como também da população estar ciente dessa oferta. Foram também elaborados convites físicos e virtuais para serem distribuídos para os usuários, assim também foram estabelecidas estratégias de agendamento das próximas consultas na própria ação, além da criação de uma agenda para que as enfermeiras das equipes fossem agendando as consultas de CD coletivas e compartilhadas durante as consultas individuais. Houve um acréscimo na presença dos usuários, porém por conflitos interpessoais e imaturidade profissional de alguns membros da equipe, o chamamento por parte deles ainda permaneceu insuficiente.

Assim, a consolidação da ESF no serviço de saúde é viabilizada a partir da reestruturação da micropolítica do processo de trabalho, na valorização da relação trabalhador-usuário, priorizando as tecnologias leves para o estabelecimento de vínculos, escuta qualificada, compromisso e resolutividade. Discutir o processo de trabalho implica assumir responsabilidades, o que gera desconforto por trazer à tona rotinas já estabelecidas que precisam ser transformadas (MERHY *et al.*, 2003; DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015). Para Rossoni (2015), vivenciar as dificuldades e os desafios no cotidiano das UBS promovem um aprendizado singular, e nesse contexto, algumas pessoas partem ou apenas assistem, enquanto os residentes e alguns trabalhadores

ficam e lutam, desenvolvendo diversas formas de resistência e criatividade no cotidiano das eSF e possibilitando aprendizado no e com o coletivo.

Apesar dos obstáculos surgidos durante o processo de trabalho, foi possível construir vínculos e proporcionar troca de saberes e empoderamento de várias mães que compareceram as consultas com seus filhos, sendo observado alguns usuários participando de todas as consultas ofertadas, forte presença de outros membros da família, e vários momentos de *feedback* positivo e satisfação com as consultas. A importância das ações para a longitudinalidade do cuidado e uma continuidade informacional mais clara e resoluta das famílias adscritas foi reafirmada quando se constatava que os anseios das usuárias que haviam participados das visitas puerperais compartilhadas e das consultas de CD coletivas e compartilhadas anteriores, já eram de conhecimento dos residentes e profissionais, sendo possível receber um retorno das orientações que eram fornecidas e quais impactos foram geradas na qualidade de vida das famílias.

No estudo de Maia e Goya (2016), a residência fortaleceu a perspectiva da integralidade da assistência mediante a ênfase na promoção da saúde e educação em saúde realizadas de modo rotineiro, possibilitando maior autonomia da comunidade em seu próprio cuidado e ampliando o entendimento sobre o conceito de saúde. Na experiência de Oliveira e Medeiros (2018), a oferta de novos serviços a partir da inserção da residência nas UBS, permitiu que a comunidade desfrutasse de outras categorias profissionais, promoveu vínculos, e levou a maior participação dos usuários nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Compreendeu-se que a atuação da residência impactou principalmente no fortalecimento dos vínculos dos usuários com as eSF e serviços e na qualificação das ações, sendo possível perceber uma participação cada vez mais ativa dos usuários e uma postura de autonomia promovida pela longitudinalidade do cuidado. No entanto, foi possível apreender que a organização do processo de trabalho das eSF refletiu muito fortemente na inserção e atuação da residência e na garantia da longitudinalidade do cuidado nas consultas de CD Coletivas e Compartilhadas, enquanto que em alguns momentos, mesmo com fragilidades de infraestrutura e com o desafio de incorporar uma prática pedagógico-assistencial inovadora (trazida pela residência), através do trabalho em equipe foi possível ofertar ações de caráter compartilhado e longitudinal.

A disputa entre o ideário do sistema e a prática cotidiana dos profissionais de saúde é influenciada pelos modos hegemônicos de pensar e fazer saúde, por sua vez dependentes das vivências, concepções, ideias sobre saúde, histórias de vida, valores, princípios políticos e culturais. Para o enfrentamento das dificuldades do processo de ensino-serviço, além de capacitações que reformem o pensamento do trabalhador, é necessário que se sintam protagonistas de processos de mudanças mais críticos, reflexivos e problematizadores do cotidiano, participando da produção de novas alternativas para se fazer saúde (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015).

### **Ações pontuais coletivas e compartilhadas**

Além das ações ofertadas regularmente, o programa de residência colaborou com as eSF no planejamento e realização de ações pontuais que também contemplavam o binômio materno-infantil nas UBS, e que envolveram a prevenção de doenças e agravos à essa população, promoção de saúde e bem-estar, monitoramento vacinal e puericultura das crianças. Além de complementarem o cuidado integral ofertado, em tais ações, os vínculos construídos nas ações regulares puderam ser ainda mais fortalecidos, e ainda foi observado que os usuários que tinha um acompanhamento longitudinal tiveram uma participação mais expressiva nas mesmas.

As ações que fizeram parte da campanha de vacinação aconteceram em todas as UBS e provocaram significativas repercussões. No planejamento dessas ações foram refletidas e elencadas as diversas possibilidades de inserção da residência, identificando assim, que além da enfermeira, a farmacêutica residente também estava habilitada para vacinar, e que as demais categorias profissionais poderiam colaborar no sentido de fortalecer um olhar e atenção mais humanizados e dinâmicos ao acolhimento, direcionamentos, registros, processos de vacinação e orientações às crianças e aos responsáveis.

No estudo de Domingos, Nunes e Carvalho (2015), observou-se que para os trabalhadores de saúde, a residência possibilitou a reflexão teórica sobre o seu trabalho cotidiano por meio da convivência diária com a residência, que subsidiava constantemente suas ações de saúde, conforme preconizado pelo SUS. O aporte teórico trazido pela RMSF contribuiu para a formulação e reformulação dos valores e ideias que cada profissional tinha sobre o SUS.

Com isso, a residência sensibilizou as eSF para usarem roupas coloridas, fantasias e adereços, dispensassem o jaleco, ambientassem os locais da UBS com bexigas, desenhos, músicas para os tornar mais agradáveis e convidativos ao público infantil, na tentativa de já na chegada diminuir a má impressão e temor do serviço. Durante a acolhida, enquanto os responsáveis mostravam o cartão de vacina e recebiam as orientações, acontecia o acolhimento das crianças que seriam e foram vacinadas, com pirulitos, balões, pipocas e pinturas de desenhos de várias personagens infantis, além de pinturas nos próprios balões.

O dentista residente realizou de forma descontraída as avaliações odontológicas e fornecia orientações quanto a necessidade de intensificar a higiene bucal e comparecer ao serviço para melhor avaliação e tratamento. Enquanto isso, a enfermeira e farmacêutica residentes colaboraram com as técnicas de enfermagem no processo de vacinação, fomentando a humanização e ludicidade para reduzir o medo e tensão das crianças. O ato de acolher, acalmar e distrair da criança promoveu impactos significativos, à medida que foi reduzido o sofrimento, estresse e ansiedade das crianças, gerando maior tranquilidade nos profissionais e residentes, e maior satisfação aos pais, permitindo maior liberdade e tranquilidade nos diálogos. Além disso, foi proporcionado um contato diferente com a UBS e os seus profissionais, de forma a diminuir o temor e resistência em relação a vinda ao serviço posteriormente.

Oliveira e Medeiros (2018) destacam que o trabalho junto às eSF, além da experiência de trabalho em equipe, possibilita a oportunidade de conhecer melhor as inúmeras possibilidades de atuação dos profissionais e de apresentá-las aos usuários dos serviços e aos demais profissionais.

Na UBS do WG foi realizada uma ação em alusão ao dia das crianças, que se constituiu de momentos lúdicos e descontraídos com jogos, brincadeiras, músicas, danças, esportes e confraternização, ofertados para as crianças de 1 a 5 anos de idade. Além de colaborar com a decoração, animação, ludicidade, alimentação e organização, a residência confeccionou os convites com uma aparência bem clara e convidativa e apoiou os ACS no chamamento.

Durante a ação, os residentes e profissionais usaram roupas coloridas, fantasias e adereços lúdicos, e após explanações iniciais sobre a importância daquele momento e da diversão, as crianças, acompanhadas pelos responsáveis,

puderam aproveitar, de forma coletiva e compartilhada, jogos como futebol, corrida, pega-pega, de tabuleiro e acertar alvos, além de brincadeiras com bexigas, bambolês, cirandas, nariz de palhaço, pinturas de rosto e de desenhos, promovendo muitos abraços e risadas. Todos os presentes se confraternizaram com algodão doce, pipoca, pirulito, picolé, iogurte, cachorro-quente, refrigerante, suco e água mineral, sendo visível o contentamento e descontração das crianças e a satisfação, gratidão e admiração dos pais, que puderam também dialogar melhor com os profissionais das eSF e residentes.

Diante do trabalho em equipe bastante significativo entre todos os responsáveis pela ação, foi possível promover um momento lúdico, de integração e bem-estar com as famílias acompanhadas pelas eSF, fortalecendo os vínculos entre os profissionais, usuários e a residência, bem como incentivando a incorporação de práticas inovadoras e lúdicas para garantia de um cuidado longitudinal ao público infantil. A experiência de trabalho em equipe multiprofissional, com intercâmbio de experiências interprofissionais e entre profissionais da saúde e sujeitos da comunidade proporciona um olhar diferente no cuidado à saúde, deixando de focar o atendimento individual e enxergando as potencialidades do atendimento coletivo (OLIVEIRA; MEDEIROS, 2018).

A residência também colaborou com a realização de ações fomentadas pela campanha outubro rosa em todas as UBS, e diferente dos profissionais das eSF que somente abordavam o câncer de mama e de colo do útero, a residência enfatizou a potencialidade de abordar a saúde da mulher em uma perspectiva diferenciada na APS, a partir de rodas de conversa e dinâmicas sobre saúde, gênero, consciência corporal e desconstrução de mitos e tabus relacionados ao corpo feminino, de forma a promover o bem-estar e autonomia das usuárias.

As rodas de conversa dentro dos territórios constituem uma oportunidade para o fortalecimento de vínculo entre a equipe e a comunidade, pois existe maior aproximação através de um contato mais horizontal e da quebra do padrão de atendimento individual dentro do consultório. Os profissionais da saúde assumem a função de facilitadores do processo em vez de uma postura de detentores do saber (OLIVEIRA; MEDEIROS, 2018).

Fugindo dessa lógica campanhista, as gestantes e mães acompanhadas pelas eSF também foram contempladas por ações noturnas que envolviam rodas

de conversa sobre saúde sexual e reprodutiva, destacando a importância do uso adequado dos métodos contraceptivos, bem como a prevenção do assédio e violência sexuais. Os diálogos foram facilitados por dinâmicas de perguntas e respostas de forma a romper com os mitos e tabus envolvidos na autonomia e sexualidade da mulher, destacando a importância do autocuidado, autoestima, e de considerar as eSF com apoio da residência, como referências para suas necessidades de saúde.

Além da significativa adesão das mulheres da comunidade, os encontros proporcionaram reflexões, discussões e compreensões sobre saúde e sua interdependência com lazer, gratidão, cuidado, paz e entre outros, elencando o seu conceito ampliado e respeitando a subjetividade de cada uma e o seu entendimento sobre “ser mulher”. Apesar do surgimento de definições ainda associadas ao lar e a família, a maioria destacou aspectos que superaram essa imagem tradicional que reproduz estereótipos de gênero, de forma a combater às desigualdades de gênero.

Após o encerramento do grupo de gestantes e diante da chegada de uma nova turma de residência nos cenários de prática ocorreu um encontro de mães para que fosse proporcionado um momento de feedback sobre o grupo de gestantes e de se pensar em melhorias, como também pra estabelecer vínculos entre os novos residentes e as mães, à medida que o pesquisador e sua equipe no segundo ano foram abruptamente inseridos em outros dispositivos da RAS. Além disso, o encontro foi pensado com o intuito de fomentar a criação de um grupo de mães, já que havia interesse das usuárias, porém até o final deste trabalho nunca foi formado.

No estudo de Maia e Goya (2016), diante das contribuições que a RMSFC injetou nos cenários de prática, oxigenando e renovando a rotina das eSF, sua saída arrefeceu a nova dinâmica de trabalho em saúde, provocando uma redução das ofertas de serviços e das ações de promoção em saúde, revelando as deficiências do município no sentido de manter tais serviços e o fato de muitas vezes os residentes substituírem, ainda que provisoriamente, os quadros fixos de profissionais da saúde.

Pelas dificuldades inerentes aos processos de trabalho das eSF do BP, o encontro só aconteceu na UBS do CB, e se constituiu como um momento de discussão das dificuldades e dúvidas da maternidade, como as relacionadas à alimentação noturna das crianças e os alimentos adequados, formas de



acionamento da residência, importância de participar das consultas de CD coletivas e compartilhadas e da vacinação. O encontro proporcionou ainda um espaço de fala para as mães expressarem as impressões, percepções, pontos positivos e negativos advindos do período gestacional e pós-parto. Compreendeu-se a valorização dada aos encontros do grupo de gestantes e dos apoios e orientações ofertados pela residência para a superação de problemas e dificuldades vivenciadas, bem como da atenção singular que tiveram durante a parturição.

Na experiência de Oliveira e Medeiros (2018), a partir da inserção da residência, as atividades que tinham um formato de palestra educativa, passaram a conter recursos como música, confecção de cartazes, exposição de objetos, jogos e práticas corporais para adotar atividades mais dinâmicas que despertassem o interesse e a interação dos usuários. Os grupos tinham o objetivo de promover a construção de autocuidado, autonomia e vínculos com a comunidade, pautados em troca de saberes, acompanhamento das condições de saúde, e melhoria na qualidade de vida.

## **Considerações Finais**

Embora tenham variado em cada eSF, tendo em vista as especificidades de cada equipe e território, a residência conseguiu fomentar nas UBS a importância de um processo de trabalho e de cuidado pautado no atributo da longitudinalidade, e com isso impulsionou e colaborou com a oferta de uma fonte regular de ações de cuidado materno-infantil que foi reconhecida pelos(as) usuários(as) e famílias, construiu vínculos terapêuticos duradouros e promoveu uma continuidade informacional entre os(as) envolvidos(as).

Ao longo das ações foi percebido reconhecimento, vinculação, comunicação, satisfação, amorosidade, corresponsabilidade, aceitação, autocuidado, autoconhecimento, troca de saberes e valorização do conhecimento popular, bem-estar e subjetividade das usuárias. Além disso, os residentes puderam (re)conhecer as diversas possibilidades de atuação na APS, se contrapondo à lógica de trabalho restrita aos núcleos profissionais e se tornando profissionais de saúde e sanitistas capazes de promover mudanças no modelo de atenção biologicista e tecnicista ainda hegemônico nos serviços.

Tais ações promoveram impactos significativos não só nas eSF, que passaram a refletir e perceber o atributo da longitudinalidade pode ser garantido no cotidiano dos serviços, como também, provocaram transformações na percepção e satisfação dos usuários em relação ao acolhimento, vínculo e qualidade dos serviços. No entanto, foi evidenciado que a falta de organização e integração entre os profissionais das eSF no processo de cuidado impacta bastante no desenvolvimento de ações longitudinais, comprometendo a regularidade e vinculação, mesmo com a inserção da residência.

Diante disso, foram consideradas algumas estratégias e ferramentas para garantia da longitudinalidade do cuidado, como impulsionar o processo de territorialização e conhecimento do contexto familiar; ofertar momentos de educação permanente, valorização, motivação, integração e mediação de conflitos; realizar reuniões de equipe e planejamento mais críticas, reflexivas e problematizadoras; fortalecer o chamamento, divulgação, regularidade e acesso das ações, bem como a continuidade informacional e o trabalho interprofissional entre a residência e equipes para evitar a fragmentação do cuidado; obter embasamento teórico e buscar experiências bem sucedidas em outras residências; priorizar práticas integrativas, complementares, criativas e humanizadas; utilizar metodologias ativas e tecnologias leves pautadas pelo acolhimento, escuta autêntica e qualificada, relações horizontais, vínculos duradouros, comunicação ágil e clara, corresponsabilidade, compromisso e resolutividade; fomentar a disponibilidade dos profissionais e a autonomia da comunidade em seu próprio cuidado; ampliar o entendimento sobre o conceito de saúde e fortalecer os espaços de controle social para busca de recursos e investimentos públicos em estrutura, recursos materiais e humanos nas UBS.

Os diferentes olhares, reflexões e transformações que surgiram a partir da inserção do PRMAB nas UBS, enfatizaram a importância de colocar a qualidade de vida e bem-estar dos(as) usuários(as)/famílias no centro do planejamento e do cuidado, estimulando e colaborando para um olhar mais sensível às ações e relações construídas na APS e para a oferta de um acompanhamento realmente longitudinal, singular e humanizado das suas necessidades biopsicossociais.

Como limitações da presente pesquisa, pode-se apontar a falta de registro nos livros das UBS, o desafio de planejar e colaborar com as ações e ao mesmo

tempo registrá-las no diário de campo, e o pouco tempo de inserção, bem como retirada abrupta e precoce dos residentes das UBS, tendo em vista que interrompeu a continuidade das ações, os vínculos estabelecidos e uma análise mais aprofundada das repercussões da colaboração da residência e das ações ofertadas.

Infere-se a partir dos achados dessa pesquisa a importância de fortalecer e valorizar os programas de residência em saúde pelo potencial que possuem de qualificar o processo de trabalho e cuidado das eSF nas UBS, reorientando suas ações para a garantia dos atributos essenciais da APS, como a longitudinalidade do cuidado, e rompendo com a lógica de acompanhamento fragmentado e sem vinculação.

## Referências

- ALVES, E. C. **Residência Multiprofissional, desafios e compromissos na reorientação da formação para o SUS: um estudo na atenção primária**. 80f. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.
- ALVIM, N. A. T. Health under integrality perspective. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 599-601, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000400599](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400599). Acesso em: 15 maio 2019.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 884-99, 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29725/31602>. Acesso em: 15 out. 2019.
- BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. Notas de campo. In: BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução às teorias e aos métodos**. Porto: Porto Editora, p.150-75, 1994.
- BRANDÃO, J. C. et al. Vivências na realização da visita-guiada com as gestantes. **XXII Enfermaio**. II Mostra do Internato em Enfermagem. ISSN: 24465348, 2018.
- BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**: Brasília, 07 abr. 2005a.
- BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, 27 dez. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. **Diário Oficial da União**. Brasília, 25 de maio de 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Secretaria de Assistência à Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília (DF), 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Gabinete do Ministro. **Diário Oficial da União**: Brasília (DF), 2017.
- BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.118, de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. **Diário Oficial da União**: seção 2, Brasília (DF), 04 nov. 2005b.
- BRASIL. Portaria nº 2.418/2005, de 02 de dezembro de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**: Brasília, 02 dez. 2005c.
- CAICÓ. **Decreto nº. 537, de 28 de março de 2017**. Estabelece diretrizes administrativas destinadas ao procedimento de assunção do Hospital do Seridó e dá outras providências. Caicó: Gabinete do prefeito, 28 mar. 2017.
- CAMARGO, F. C. et al. Formação para o trabalho na estratégia saúde da família: experiência da residência multiprofissional em saúde. **Rev. Enferm. Atenção Saúde**. Jan/Jul, v.7, n.1, p. 190-199, 2018.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.
- DINIZ, S. G. M. et al. Evaluating comprehensiveness in children's healthcare. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 37, n. 4, e57067, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n4/0102-6933-rgenf-1983-144720160457067.pdf>. Acesso em: 10 maio 2019.
- DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 55, p. 1221-32, 2015.
- FALKEMBACH, E. M. F. Diário de campo: um instrumento de reflexão. In: **Contexto e educação**. Ijuí/RS, v. 2, n. 7, p. 19-24, 1987.
- FARIA, C. E. **Os eventos geográficos e a expansão urbana de Caicó**. Natal: Editora do IFRN, 2011.
- FURTADO, M. C. C. et al. **Atuação da enfermagem nas redes de atenção à criança**. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM; KALINOSWIKI, C.E.; CROZETA, K. (org.). Programa de Atualização em Enfermagem: Atenção Primária e Saúde da Família: Ciclo Porto Alegre (RS). Artmed Panamericana. Sistema de Educação Continuada à Distância, v.4, p.41-82, 2015.
- HAGGERTY, J. L. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, v. 327, n. 3, 2003. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/327/7425/1219.full>. Acesso em: 17 set. 2019.
- HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006.
- LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface (Botucatu)**. vol.21, n.61, pp.421-434, 2017.
- LOBATO, C. P. **Formação dos trabalhadores em saúde na residência multiprofissional em saúde da família: cartografia da dimensão política**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). 2010. 117f. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2010.
- LUCENA, R. L.; JÚNIOR, J. B. C.; STEINKE, E. T. Comportamento hidroclimatológico do estado do Rio Grande do Norte e do município de Caicó. **Rev. Brasileira de Meteorologia**, v. 33, n. 3, 485-496, 2018.

- MAIA, I. M. Q.; GOYA, N. Percepções da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. **Sanare**, Sobral, v.15, n. 02, p. 68-77, 2016.
- MELLO, D. F. et al. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. **Rev. Br. Enfermagem**, v. 65, n. 4, p. 675-679, 2012.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2003.
- NOVACZYK, A. B.; GAÍVA, M. A. M. As tecnologias interrelacionais na assistência à criança na atenção básica: análise de documentos oficiais. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 9, n. 3, p. 560-568, 2010.
- OLIVEIRA, A. M. B.; MEDEIROS, N. T. Fisioterapia na residência multiprofissional em saúde da família: relato de experiência. **Sanare**, Sobral, v.17 n. 02, p. 91-99, 2018.
- PAULA, C. C. P. et al. Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 17, n. 4, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.31084>. Acesso em: 18 jun. 2019.
- PEDRO, M.; RODRIGUES, D.; SILVA, D. Saúde é o que interessa? A influência do PSF no alcance da meta de redução da mortalidade infantil dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (2000-2011). **Pol. Hoje**, v. 25, n. 2, p. 175-212, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politica hoje/article/view/3863>. Acesso em: 15 ago. 2019.
- PIZZINATO, A. et al. A Integração Ensino-Serviço como Estratégia na Formação Profissional para o SUS. **Rev. Bras. de Ed. Méd.**, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 170-177, 2012.
- RAMOS, M. J. M.; BEZERRA, M. I. C.; PAIVA, G. M. Saúde, ambiente e qualidade de vida: reflexões da experiência da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade de Fortaleza-CE. **Cadernos ESP**, v. 7, n. 2, p. 53-65, 2013.
- RODRIGUES, T. F. Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho. **Serv. Soc. Saúde**, v. 21, n.1, p. 71-82, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/sss.v15i1.8647309>. Acesso em: 15 out. 19.
- ROSA, S. D.; LOPES, R. R. Residência Multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. **Trab. Educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 479-498, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v7n3/06.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2019.
- ROSSONI, E. Residência na atenção básica à saúde em tempos líquidos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 1011-1031, 2015.
- SALVADOR, A. S. et al. Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. **Rev. Br. Ciênc. Saúde**, v. 15, n. 3, p. 329-38, 2011.
- SAULTZ, J. W. Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. **Ann. Fam. Med.**, v. 1, n. 3, p. 134-145, 2003.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO NORTE. **Protocolo de assistência materno infantil do Estado do Rio Grande do Norte**. Natal: Editora da UFRN, 1. ed., 2015.
- SHAH, R. et al. Primary care-based interventions to promote positive parenting behaviors: a meta-analysis. **Pediatr.**, v. 137, n. 5, 2016. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2016/04/16/peds.2015-3393.full.pdf>. Acesso em: 20 maio 2019.
- SILVA, L. B. et al. Atribuições do pet-saúde na atenção primária: um relato de experiência. **Rev. APS**, v. 17, n. 4, p. 554-558, 2014.
- SILVA, M. M. et al. The entire Family health; limits and possibilities in view of the team. **Cienc. Cuid. Saúde**. v. 12, n. 1, p. 155-63, 2013.
- STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **Milbank Q.**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1468-0009.2005.00409.x>. Acesso em: 18 jun. 2019.

## CAPÍTULO 2

# O ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS, POSSÍVEIS DESAFIOS DA IMPLANTAÇÃO E IMPORTÂNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Francisco Vinicius Ferreira Gomes  
Maura Vanessa Silva Sobreira  
Frankly Eudes Sousa Martins  
Maria Luiza Araújo Fernandes  
Jordelle Mirelle Da Costa Lima Lócio

### Introdução

A Convenção Internacional sobre Atenção Primária a Saúde (APS) realizada em Alma-Ata em 1978, definiu a atenção primária como sendo um conjunto de cuidados primários essenciais à saúde, baseados em tecnologias e métodos específicos, comprovados cientificamente e aceitos socialmente (ALMEIDA *et al.*, 2018).

O conceito da APS foi sistematizado metodologicamente por Bárbara Starfield (2002) em duas dimensões de atributos: essenciais e derivados. Dessa forma, são atributos considerados essenciais: 1. Acessibilidade – capacidade de produzir serviços e responder às necessidades de saúde de uma determinada população); 2. Longitudinalidade - existência de uma fonte contínua de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo; 3. Integralidade - ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS; 4. Coordenação da atenção - pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos,

ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente (STARFIELD, 2002).

Nesse sentido a autora aponta como sendo seus atributos derivados: a orientação familiar, decorrente da consideração do contexto familiar na atenção integral; a orientação comunitária, que procede do reconhecimento das necessidades sociais; e a competência cultural, que envolve a atenção às necessidades de uma população com características culturais especiais (STARFIELD, 2002).

No cenário brasileiro, durante o processo de implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), essas práticas foram nomeadas por atenção básica, tendo sido implementada posteriormente diversas ações institucionais de atenção primária a saúde e configurou-se a partir de 2006 como política pública de Estado (ALMEIDA *et al.*, 2018).

O emprego do termo “atenção básica à saúde” pelo Movimento Sanitário Brasileiro foi utilizado para diferenciar ideologicamente o modelo aplicado no Brasil em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária em Alma-Ata, que contempla três componentes essenciais: acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e participação social (GIOVANELLA, 2018).

No entanto, conforme Giovanella (2018), essa não foi a abordagem de atenção primária à saúde, em geral, implementada em nosso país, tendo sido difundida uma abordagem “seletiva” de cesta de serviços “custo-efetivos” para indivíduos pobres. Foi para se opor a essa concepção que se assumiu no SUS a denominação “atenção básica à saúde”. Ao mesmo tempo a Atenção Básica (AB) pode também aproximar-se da ideia de “serviços básicos de saúde”, correspondente a uma cesta de serviços médicos restritos, que antecedeu a Declaração de Alma-Ata.

A dubiedade quanto ao significado da universalidade almejada e do escopo da atenção primária à saúde pretendida, pode ser observada em contraposições que emergem no seu cotidiano e que permeiam o seu processo de fazer saúde, tais como contrapontos entre: “promoção/prevenção X cuidado; saúde coletiva X clínica; ações programáticas X demanda espontânea; orientação comunitária X serviço de saúde; necessidades populacionais X acesso oportuno; atenção médica generalista X multiprofissionalidade. Esses contrapontos são resquícios das imprecisões de

ambos os termos, que podem corresponder a políticas muito distintas, com sérias implicações para a garantia do direito à saúde (GIOVANELLA, 2018).

O processo de implantação institucional da atenção primária no Brasil teve início formal com a implantação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), que passou a ser Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2006. Nesse momento foi elaborada e aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que explicita a Saúde da Família (SF) como modelo preferencial de reorganização da APS no SUS (VIANA; DAL POZ, 2005; ALMEIDA *et al.*, 2018).

Conforme normatizações da PNAB, no âmbito brasileiro, as ações da Atenção Básica devem ser desenvolvidas por meio de uma equipe multidisciplinar, em um território geograficamente definido e com sua respectiva população, tornando-se o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde. As equipes têm a possibilidade de se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações coletivas de promoção de saúde e prevenção de doenças no território, no cuidado individual e familiar, na (co)gestão dos projetos terapêuticos singulares dos usuários, que, por vezes, requerem percursos, trajetórias, linhas de cuidado (BRASIL, 2013).

Contudo, a atenção básica para ser resolutiva, deve ter capacidade ampliada de escuta e análise, um repertório ampliado de ofertas para atuar com a complexidade e diversidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas. Entre os seus desafios, destacam-se aqueles inerentes ao acesso e ao acolhimento, à efetividade e à resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, ao provimento e à fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social (BRASIL, 2013).

Na revisão da PNAB, normatizado pela Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017, o acolhimento foi apresentado como característica do processo de trabalho das equipes, sendo recomendado que seja realizado com escuta qualificada, classificação de risco e em uma sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea com avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva (BRASIL, 2017).

O acolhimento enquanto uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), deve fazer parte de todos os encontros do serviço de

saúde. Trata-se de uma postura ética que implica: a escuta do usuário em suas queixas; o reconhecimento do protagonismo do usuário no processo de saúde e adoecimento; a responsabilização pela resolução do problema; a ativação de redes de compartilhamento de saberes. Ou seja, acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Dessa forma, o acolhimento à demanda espontânea na AB pode se constituir como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso, postura, atitude e tecnologia do cuidado e dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe garantindo um atendimento humanizado e responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo com o usuário (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde reconhece o acolhimento como uma das principais diretrizes operacionais para asseverar e materializar os princípios do SUS, diretamente os da integralidade da atenção à saúde, universalização do acesso e equidade. Aparece como forma de inclusão dos usuários, na medida em que pressupõe que não apenas determinados grupos populacionais sejam objeto privilegiado do trabalho das equipes, mas também as pessoas que apresentam necessidades de saúde que não estão contempladas nesses critérios (BRASIL, 2013).

O acolhimento se expressa nas relações entre trabalhadores e usuários, nos modos de escutas e filtros, na construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador, num certo posicionamento ético situacional diante da queixa do usuário, que exige, enquanto trabalho, que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, o acolhimento configura-se enquanto estratégia facilitadora da relação entre o profissional e o usuário, entre equipe de saúde e o usuário, sendo considerada uma tecnologia leve, pois pauta-se na à escuta ativa, no diálogo, na empatia, no respeito, no estabelecimento de relação de confiança e na visão integral do outro, fundamentais para a garantia da humanização e qualidade do atendimento (MERHY; ONOCKO, 1997; MOIMAZ *et al.*, 2017).

No cenário da atenção básica do município de Caicó -RN, principal cidade da região do Seridó, localizada a 282 km da capital estadual, a existência

do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, tensionou neste nível de atenção novas possibilidades de atuação. Neste cenário é visível que o acolhimento à demanda espontânea não funciona de forma sistematizada, e só recentemente, a partir de abril de 2019, que o município começou a realizar ações de implantação de fluxos de atendimento a demanda espontânea nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Durante a vivência prática da residência nas UBS do município de Caicó-RN, também foi perceptível a identificação de impasses gerados pela ausência da sistematização do acolhimento, tais como baixa resolutividade das ações de responsabilidade da AB, perda de vínculo entre usuário-unidade, insatisfação de usuários com o serviço nas unidades, e alta procura pelo serviço de urgência e emergência hospitalar municipal.

O reconhecimento dessas problemáticas impulsionaram um conjunto de ações lideradas pela secretária municipal de saúde, em parceria com a residência multiprofissional em atenção básica da UFRN e os profissionais da rede de atenção terciária (ponto de atenção em que se considera que o acolhimento já funciona), com objetivo de implantação e qualificação do acolhimento a demanda espontânea no contexto das UBS.

A atenção à demanda espontânea configura-se como sendo dos desafios das equipes de Saúde da Família (eSF), tendo em vista que as expectativas na sua implantação estão direcionadas, em grande parte, para ações de promoção e proteção da saúde, idealmente com grupos homogêneos como gestantes ou hipertensos. Com relação ao acolhimento, apesar dos incentivos realizados pelo Ministério da Saúde, por meio da PNH, e ser um dos principais critérios de avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), persistem dificuldades de implantação em vários municípios (SILVA, 2018).

Portanto, através de um relato de experiência, buscou-se relatar as ações de sensibilização realizadas pela secretaria municipal de saúde com as eSF do município de Caicó - RN, sobre a importância de implantação e qualificação do acolhimento a demanda espontânea, e ao mesmo tempo, refletir acerca dos possíveis desafios nesse processo a partir da inserção do programa multiprofissional de residência em atenção básica.

A aplicabilidade deste trabalho se justifica por sua relevância social e acadêmico-científica. A relevância social está na possibilidade deste trabalho gerar informações para melhoria do SUS, através do fortalecimento e aperfeiçoamento das ações de educação permanente para qualificação dos processos de trabalho da atenção básica, no tocante ao acolhimento e a demanda espontânea no município de Caicó - RN. Por sua vez, a relevância acadêmico-científica reside no aprendizado e na produção de novos conhecimentos sobre a temática do acolhimento na atenção básica.

## Metodologia

Trata-se de um relato de experiência da atuação do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Escola Multicampi de Ciências Médicas, vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, no processo de implantação do acolhimento a demanda espontânea nas UBS do município de Caicó-RN. As intervenções aqui relatadas são resultado de uma vivência transcorrida no 2º ano de residência, durante o estágio junto ao hospital regional da 4ª regional de saúde do Rio Grande do Norte.

A modalidade relato de experiência diz respeito a um texto cuja função social é relatar uma experiência vivida, cuja suas principais partes são: contextualização, apresentação da experiência e considerações. No geral, os relatos descrevem experiências dos autores em determinado campo de atuação e também possuem um caráter reflexivo (EULÁLIO et al., 2013). Nesse caso, considerando o tipo de estudo, não foi necessária submissão ao comitê de ética em pesquisa.

Inicialmente, os residentes realizaram levantamento do perfil das demandas atendidas na porta da urgência e emergência, além de ouvirem relatos de usuários que buscaram o serviço, e constataram que a maioria da demanda eram classificada como azul e verde e, portanto, tinha perfil de atendimento da AB. O levantamento identificou os bairros com maior demanda de usuários que buscavam a urgência hospitalar para queixas comuns a AB.

Ainda foram realizadas, pelos residentes, visitas às unidades com maior demanda de usuários ao pronto atendimento do hospital regional. Durante as visitas foram oportunizados momentos de apresentação da problemática com as

equipes para problematização e reflexão sobre questões do processo de trabalho referentes a modelagem de acolhimento a demanda espontânea do contexto das unidades e sua relação com a sobrecarga do serviço de atendimento hospitalar.

Após essa etapa, a equipe técnica da AB do município e do hospital regional, embasados pelas informações sobre o acolhimento a demanda espontânea nas UBS, elaboraram um plano operacional de ações para implantação e efetivação dessa prática nas UBS do município, a partir do qual foi criado um grupo de trabalho sobre a AB e delimitado uma equipe técnica para acompanhamento das ações de implantação do acolhimento junto as ESF. Essas ações corroboraram com as informações levantadas pelos residentes nos levantamentos sobre o perfil atendido no serviço de urgência e emergência e revelaram a repercussão da falta de organização do acolhimento no serviço de atenção terciária, apontando a necessidade organização e implantação do mesmo.

Por conseguinte, além das ações já executadas, foram realizadas cinco oficinas, contemplando ao final todas as eSF do município de Caicó, com o objetivo de sensibilizá-las acerca da importância de implantação do acolhimento a demanda espontânea. As oficinas foram realizadas no auditório do hospital regional e ocorreram durante os turnos vespertinos e matutinos, com os médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de saúde bucal, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e auxiliares de serviços gerais.

Os residentes, sete no total, atuaram como facilitadores das oficinas, tendo em vista, a vivência dos mesmos no cenário da AB do município de Caicó durante os rodízios do eixo prático da residência. O número de facilitadores foi definido de acordo com o número de equipes do município, sendo que, minimamente, cada equipe contou com dois facilitadores. As oficinas foram construídas com base nas orientações do caderno nº28 da atenção básica (volumes I e II). A mesma foi dividida em três etapas e iniciou com o esclarecimento da proposta de atividade aos participantes e apresentação das equipes presentes. Em seguida, foi realizada uma exposição oral abordando a AB, seus desafios e a importância do acolhimento no desenvolver do seu processo de trabalho, com objetivo de contextualizar a importância da realização da oficina.

Após esse momento, os profissionais das equipes foram divididos em grupos e foram motivados a refletir e responder questões norteadoras, com facilitação da

residência. Assim, as equipes deveriam caracterizar como o acolhimento estava sendo realizado, as ofertas disponíveis nas unidades e o perfil da demanda. As questões foram divididas em três eixos: Eixo 1) acolhimento atual; Eixo 2) ofertas de serviços das UBS e o Eixo 3) perfil da demanda. Após esse momento, as equipes discutiram as questões identificadas em cada eixo, e as informações levantadas foram apresentadas expositivamente para os demais grupos e para a gestão.

No segundo momento, facilitados por um membro da residência, cada grupo, e agora já munido de informações sobre o acolhimento em cada realidade das eSF, serviços e características das demandas das suas respectivas unidades, os participantes foram estimulados e orientados a construir um fluxograma para o acolhimento a demanda espontânea nas suas respectivas unidades. A terceira etapa da oficina foi finalizada com um momento avaliativo, a partir de questões como “que bom? Que pena? E que tal?”, e respectivamente os participantes poderiam apontar aspectos positivos, negativos e sugestões para outros momentos como os realizados.

### **Ações de sensibilização com as eSF sobre a importância de implantação do acolhimento a demanda espontânea na AB**

O processo de sensibilização das eSF para impulsionar localmente a organização do acolhimento a demanda espontânea na AB do município de Caicó - RN, surgiu a partir da remodelagem e sistematização do acolhimento oferecido no Hospital Regional do Seridó ao usuário do pronto atendimento, que passou a ser operacionalizado a partir do acolhimento com classificação de risco - ACCR. A sua efetivação revelou uma alta demanda de queixas comuns a AB no serviço de urgência e emergência hospitalar e impulsionou o processo de reorganização do acolhimento no contexto das eSF.

Esse processo partiu do reconhecimento do acolhimento como uma diretriz de grande relevância para a reestruturação dos serviços de saúde, frente às dificuldades descobertas no cotidiano dos serviços, tais como o aumento do livre acesso dos usuários aos serviços de saúde; a desvalorização do trabalho em saúde; o distanciamento entre profissionais e usuários; e a fragmentação das ações no processo de atenção (BRASIL, 2009).

A reestruturação da porta de atendimento as urgências e emergência nessa unidade hospitalar, aconteceu a partir do início em março de 2019, requerendo

dos dispositivos da rede de atenção a urgência e emergência, sobretudo, das UBS, uma série de ações estratégicas de organização do acolhimento no âmbito local desses equipamentos, tendo em vista uma possível afetação da fragilidade do atendimento a demanda espontânea nas UBS, na resolutividade e eficácia do atendimento prestado no serviço de pronto atendimento.

O funcionamento do ACCR, demarca o início da trajetória de implantação e efetivação do acolhimento a demanda espontânea no município de Caicó- RN. Nesse cenário, a residência multiprofissional em atenção básica, atuou colaborando na qualificação e aperfeiçoamento do ACCR no seu processo de efetivação, com destaque para a levantamentos e análise do perfil de queixas atendidas no pronto atendimento do hospital, que revelou dados referentes a resolutividade da AB do município.

**Tabela 1.** Distribuição dos atendimentos no ACCR por bairro de procedência no período de março a setembro de 2019, HRS, 2019.

BAIRRO	VERM	AMARELO	VERDE	AZUL	TOTAL
ACAMPAMENTO	1	76	185	184	446
ADJUNTO DIAS	4	52	221	183	460
ALTO DA BOA VISTA	7	138	454	383	982
BARRA NOVA	28	443	1.151	985	2.607
BOA PASSAGEM	39	465	1.345	1.096	2.945
CANUTOS E FILHOS	7	66	265	206	544
CASTELO BRANCO	14	110	336	195	655
CENTRO	59	635	1.381	1.146	3.221
DARCI FONSECA	3	51	129	126	309
FREI DAMIÃO	4	28	74	56	162
IPE	0	14	20	27	61
ITANS	3	51	97	95	246
JARDIM DE ALÁ	0	7	17	8	32
JOÃO PAULO II	12	103	312	267	694
JOÃO XXIII	38	329	829	819	2.015
MAYNARD	6	73	128	89	296
NOVA CAICÓ	7	64	216	153	440
NOVA DESCOBERTA	4	105	289	249	647
PARAÍBA	43	503	1.371	1.053	2.970

PAULO VI	31	324	1.077	934	2.366
PENEDO	4	79	295	253	631
RECREIO	19	170	610	454	1.253
SALVIANO SANTOS	6	48	97	67	218
SAMANAÚ	11	150	492	370	1.023
SANTA CLARA	0	8	24	13	45
SANTA COSTA	0	17	37	22	76
SERROTE BRANCO	1	34	91	79	205
SOLEDADE	15	118	384	303	820
VILA ALTIVA	4	61	192	162	419
VILA DO PRÍNCIPE	7	92	194	155	448
WALFREDO GURGEL	33	400	1.318	1.138	2.889
ZONA RURAL - CAICÓ	29	225	640	586	1.480
TOTAL CAICÓ- RN	438	5.039	14.271	11.856	31.605

Fonte: Boletim informativo do Hospital Regional do Seridó - Acolhimento em números (set. 2019).

O produto da caracterização da demanda (Tabela 1), por incentivo dos residentes, revelou que durante os seis meses de implantação do ACCR, dos 31.605 usuários de Caicó atendidos nesse período, 36,3% foram classificados como azul e 44,9% como verde, significando que 81,2% da demanda poderia ser atendida em outros pontos de atenção da rede, especialmente na AB. Tal levantamento ainda apontou no perfil de atendimento hospitalar, que 16,9% dos acolhidos corresponderam à classificação amarela e 1,8% à situações de emergências classificadas como vermelha.

A caracterização da demanda atendida, realizada pelos residentes inseridos como colaboradores no serviço de ACCR, evidenciou a necessidade de problematizar a organização da AB no tocante ao acolhimento a demanda espontânea. Verificou-se uma alta demanda atendida nesse hospital de queixas comuns a AB.

A restrição do acesso à demanda espontânea na AB reflete no aumento na procura por serviços de atendimento a urgências e emergências, sobrecarregando um nível de assistência planejado para receber, fundamentalmente, casos de maior complexidade na condição de demanda referida, ordenada pela política de construção das redes de atenção e não por demanda espontânea (BRASIL, 2011).



A sobrecarga nos serviços de pronto atendimento hospitalar desorganiza o sistema, contribui para o aumento do tempo de espera para o atendimento e expõe as falhas da atenção básica como elemento estruturante da rede de atenção à saúde e a abordagem da família como principal estratégia de ação do modelo de atenção integral à saúde (TRALDI; RABESCO; DA FONSECA, 2016).

A procura espontânea pelo serviço de urgência e emergência com queixa não caracterizada como tal, como verificada na situação do hospital regional do município de Caicó - RN, pode consistir em um indicador de que o acolhimento e a resolutividade dos serviços de AB estão em dissonância com as proposições do modelo assistencial que preconiza o vínculo com responsabilização do usuário pela saúde no seu território, a integralidade da atenção e a centralidade na coordenação da atenção à saúde no âmbito do SUS (SOUZA *et al.*, 2012).

Os dados levantados a partir dos boletins de atendimento do pronto socorro do hospital regional, que forneceram informações também da identificação da origem dos usuários atendidos no pronto atendimento, provocaram nos atores envolvidos nesse processo uma atitude de inquietação e desejo de conhecer com profundidade a realidade do acesso nas unidades com maior número de usuários que demandavam o serviço de urgência hospitalar.

Os residentes realizaram visitas as unidades e nesses espaços oportunizaram momentos de apresentação da problemática com os administradores e os profissionais das eSF (agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, dentistas e enfermeiros), problematizado e refletindo sobre questões do processo de trabalho referentes a modelagem de acolhimento a demanda espontânea do contexto das unidades e sua relação com a sobrecarga do serviço de atendimento hospitalar.

Nesses momentos os residentes mobilizaram as eSF visitadas a refletirem sobre as barreiras de acesso da população aos serviços de saúde de AB. O acesso é um aspecto basilar no contexto dos cuidados e da atenção em saúde, pois diz respeito e permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis e, portanto, a resolutividade da queixa (STARFIELD, 2002).

Essa iniciativa compreendeu um dos objetivos dos programas de residências multiprofissionais em saúde, que diz respeito ao movimento de provocar reflexões sobre os processos de trabalho e a necessidade de reorganização do SUS (BRASIL, 2006). Os programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) ao provocarem

reflexões sobre o cotidiano, as relações e o processo de trabalho, impulsionam modificações nos próprios espaços em que estão imersos (SARMENTO, 2017).

O atendimento médico por agendamento, atendimentos para demandas programadas, números limitados de fichas por dia de atendimento, falta de profissionais médicos, carência de insumos para aplicação de medicações injetáveis, e ausência de um serviço de acolhimento a demanda espontânea conforme preconizado pela PNH, foram problemática identificadas que poderiam comprometer e colaborar para que os usuários adscritos por essa unidade buscassem o serviço de emergência do hospital.

Os problemas identificados são elementos de uma cultura institucional que impede a vinculação entre usuário-equipe, e sustentam recepções problemáticas, rígidas e pouco adaptáveis às necessidades dos usuários, criando comumente um 'fechamento' dos serviços, proteção dos profissionais do excesso de demanda e ocasiona a precarização do acesso (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018)

Tendo em conta o pressuposto que a APS deve estar próxima e ser aberta à realidade cotidiana dos usuários e da comunidade, conforme consta na PNAB, a não garantia do atributo do acesso perpetua uma AB incapaz de resolver ou mesmo receber as necessidades em saúde dos cidadãos que dela necessitam (CATANANTE *et al.*, 2017).

Posto isto, considera-se o acolhimento como sinérgico com a ampliação do acesso (LOPES *et al.*, 2015). E compreende-se a potência desse dispositivo para atender à exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica (SOUZA *et al.*, 2008).

Foi consensual o reconhecimento da gravidade da problemática pelas equipes visitadas, sendo apontadas como sugestões para os desafios identificados: a necessidade de organização do serviço, no tocante ao acolhimento a demanda espontânea, além da necessidade de investimentos na qualificação profissional dos profissionais inseridos na rede básica de atenção à saúde do município. Ainda nesses espaços, as equipes apontaram ações de curto prazo com o intuito de garantir maior acesso como mudanças na destruição de fichas e aumento de dias dedicados a atendimento a demanda espontânea.

Evidencia-se, portanto, a importância da qualificação do acesso na AB de Caicó, incluindo aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho.

Isso pressupõe uma nova cultura de trabalho, bem como novas formas de organizar e gerir esse trabalho. A eSF assume a responsabilidade de acolher os usuários nas suas demandas, escutá-los de maneira empática, negociar e tentar resolver suas queixas de forma eficiente. Para tanto, os profissionais engajados nesse processo precisam estar dispostos a realizar o acolhimento (CAMPOS, 2003).

O acolhimento como recurso destinado a qualificação do sistema de saúde, possibilita ao usuário o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental (BARALDI; SOUTO, 2011). Garuzi (2014) aponta o acolhimento como ferramenta auxiliadora na universalização do acesso, no fortalecimento do trabalho multiprofissional e intersetorial, na qualificação da assistência à saúde, na humanização das práticas e estimulação das ações de combate ao preconceito.

Reconhecendo o acolhimento como capaz de atender todos os usuários que buscam dispositivos de saúde, possibilitando a acessibilidade universal, é necessário reorganizar o processo de trabalho a partir do deslocamento do modelo de atenção centrado no médico para uma equipe multiprofissional, que deverá realizar a escuta do usuário, comprometendo-se a resolver a sua queixa de saúde e qualificar e fortalecer a relação profissional de saúde-usuário, embasados por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

No período deste estudo, essa problemática foi apresentada a comunidade em coletivas de imprensa virtual e em programas de rádio, blogs e sites de notícias. As questões inerentes ao acolhimento foram pautas também em espaços de controle social do SUS, como o Conselho Municipal de Saúde, e no espaço legislativo municipal, em que foi realizada audiência pública na Câmara Municipal de Vereadores.

A comunicação com a comunidade sobre problemáticas dos serviços de saúde, auxilia as pactuações de mudanças no processo de trabalho das equipes e na organização do funcionamento das UBS (FRANCO *et al.*, 2004). Os residentes estiveram ocupando esses espaços a fim de somar forças aos atores envolvidos na implantação do acolhimento, para a efetivação das mudanças pleiteadas de melhoria e qualificação da AB local.

Após diálogo com a comunidade e de posse do conjunto de informações fornecidas pelos residentes, a coordenação de AB municipal foi tensionada pela equipe gestora do serviço de urgência do hospital regional a qualificar a AB do

município. Sensibilizada e reconhecendo a necessidade de reorganização da AB, em parceria com a residência multiprofissional em atenção básica e a Universidade Estadual do Rio Grande do Norte, a secretaria municipal montou o plano de trabalho, descrito no quadro 1.

**Quadro 1.** Proposta, ações, cronograma e responsáveis pelo trabalho de implantação do acolhimento a demanda espontânea nas UBS de Caicó, RN.

Proposta	Ações	Cronograma	Responsáveis
Criar Equipes de Matriciamento para Acompanhamento, e Avaliação do Acolhimento a Demanda Espontânea das Unidades Básicas do Município de Caicó; Criação de um grupo de trabalho da Atenção Básica.	Definição da equipe de matriciamento por UBS; Elaboração de instrumentos de avaliação e monitoramento da estratégia adotada pelas equipes; Reuniões do Grupo trabalho da Atenção Básica.	2019.1	Núcleo Ampliado de Saúde da Família; Equipe Técnica; Secretaria de Saúde; Profissionais do Serviço; Universidades Parceiras.
Sensibilização das equipes sobre a importância da implantação do Acolhimento A Demanda Espontânea na Atenção Básica do Município de Caicó.	Realização de oficinas com as ESF instrumentalizando-as para implantação do acolhimento a demanda espontânea nas respectivas UBS.	2019.1	Equipe Técnica; Secretaria Municipal de Saúde; Profissionais do Serviço; Universidades Parceiras.
Definição de Procedimentos Absorvidos pelas Unidades Básicas de Saúde:	Elaboração de protocolos;	2019.2	Técnicos da Secretaria de Saúde; Profissionais do Serviço; Universidades Parceiras.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Caicó - Coordenação de AB, 2019.

Nessa agenda, pode-se considerar que estão envolvidas na proposta de Acolhimento como dois aspectos fundamentais bem destacados por Tesser, Poli Neto e Campos (2010), um ético e político, objetivando a qualificação dos profissionais no contato com o usuário; e outro de gestão e de modelo assistencial, que visou reformular a tradição burocrática e rígida ao melhorar o acesso e o cardápio de ofertas do serviço, flexibilizar e ampliar a clínica, e facilitar o cuidado interdisciplinar.

A agenda de trabalho foi iniciada com a criação de um Grupo trabalho da Atenção Básica, formado por técnicos da secretária municipal de saúde, com o objetivo de planejar ações estratégicas para esse segmento de atenção em saúde a exemplo: criação de equipes de matriciamento para acompanhamento, apoio e avaliação do acolhimento a demanda espontânea das UBS do município de Caicó, elaboração de protocolos clínicos para aperfeiçoamento de técnicas clínicas para troca de sonda e bolsa de colostomia, para aplicação de injetáveis, para procedimentos de enfermagem em domicílio e curativos. Essa etapa foi conduzida por docentes da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte.

Definidas essas equipes, foram realizadas oficinas com as eSF, estruturadas a partir de 3 atividades, instrumentalizando para implantação do acolhimento a demanda espontânea nas respectivas UBS. As oficinas tiveram como objetivo impulsionar a implantação do acolhimento a demanda espontânea nas UBS do município de Caicó, sendo construídas levando em consideração as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos. De acordo com seus princípios, a humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS (transversalidade). A indissociabilidade entre atenção e gestão é reconhecida, tendo em vista que as decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde (BRASIL, 2006).

Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde, nos processos de cuidado e nas ações de saúde coletiva. A política reconhece o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades (BRASIL, 2006).

Conforme essa Política é necessário desenvolver a implantação do acolhimento com a participação dos trabalhadores da unidade e dos usuários, com múltiplos espaços de discussão e pactuação dessa inovação no processo de trabalho, mediante reuniões internas da equipe, reuniões com usuários nas salas de espera, informação à comunidade

e, principalmente, com o estabelecimento de rotinas de encontros, para avaliar e adequar a implementação, considerando-se a carga horária e a escala da equipe.

Dessa maneira, foram convidados a participar todos os membros das eSF do município de Caicó, com vistas a qualificá-los e sensibilizá-los sobre o acolhimento como prática de responsabilidade do profissional de saúde. Ao todo foram realizados cinco encontros, contabilizando ao final, 24 eSF participantes.

Quaisquer que sejam as ações de mudança, é fundamental a readequação de arranjos organizacionais no contexto das UBS que se adaptem à demanda real de cada situação. Com efeito, para a obtenção do êxito na implementação do acolhimento, múltiplos aspectos técnicos, éticos e político-institucionais precisam ser mobilizados (BRASIL, 2013).

Desse modo, as oficinas foram realizadas em 3 etapas, um momento de formação teórica sobre o SUS, sobre AB, PNH e acolhimento a demanda espontânea no contexto da AB, discussões de práticas e processos de trabalho referente ao acolhimento no contexto local das UBS participantes, outro momento para a construção dos fluxogramas de acolhimento à demanda espontânea e um último para avaliação da oficina que está detalhada nos quadros 2, 3 e 4.

**Quadro 2.** Atividade 01, objetivos, metodologia e responsáveis pela condução das oficinas de acolhimento a demanda espontânea na atenção básica, Caicó, 2019.

Atividade 01	Objetivos	Metodologia	Responsáveis
Apresentação	Promover a integração dos participantes	Apresentação oral por participante	Equipe técnica da AB municipal.
Momento formativo teórico sobre Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Humanização.	Apresentar as competências inerentes a estratégia de saúde da família; Esclarecer acerca dos princípios e importância da Política Nacional de Humanização na Atenção Básica;	Exposição oral-dialogada com apoio de projeção em Power Point.	Representante da equipe técnica da coordenação de AB municipal.
Grupo de Trabalhos – Caracterização do Acolhimento na ESF	Caracterizar o acolhimento realizados pelas equipes; Conhecer a distribuição das ofertas de serviços das UBS Identificar e caracterizar o perfil da demanda espontânea;	Roda de conversa e discussão a partir de questões norteadoras; Representação em Cartazes do produto das discussões.	Residentes do programa residência multiprofissional em AB.

Apresentação dos produtos do Grupos de Trabalhos	Apresentar o produto dos Grupos de Trabalhos	Exposição oral com auxílio de cartazes.	Residentes do programa de residência multiprofissional em AB
--	--	---	--

Fonte: elaborado pela equipe de pesquisa, 2019.

Grande parte do processo de produção da oficina foi centrado na figura do enfermeiro e do dentista. Além disso, foi perceptível uma baixa adesão dos profissionais médicos. Sobre o acolhimento realizado pelas eSF participantes, percebeu-se que o profissional técnico de enfermagem estava principalmente a frente.

O achado corrobora com o estudo de Coutinho, Barbieri e Santos (2015) que identificou o auxiliar/técnico de enfermagem, gerente/gestor, enfermeiro e agente comunitário de saúde como os profissionais que regularmente estão envolvidos no acolhimento. Sobre isso, o mesmo autor pondera que a realização do acolhimento não é restrita somente a um profissional de saúde. Toda a equipe deve estar envolvida no processo de acolher, pois todo profissional deve estabelecer uma relação com o usuário. Ainda sobre isso, Brasil (2013) postula que é equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher a qualquer trabalhador isoladamente, pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar específico.

O acolhimento, no geral, foi representando pelas eSF como sendo um procedimento de escuta em que se ouve a queixa do usuário e que pode resultar em procedimentos como: agendamento de atendimento, marcação de consultas, orientações sobre o funcionamento do serviço, triagem, e encaminhamentos para atendimentos aos serviços disponíveis nas unidades.

Percebeu-se que o acolhimento vinha sendo representado pelas escutas e encaminhamentos para algum serviço da unidade. Essa representação revela uma concepção limitante do acolhimento em saúde proposto pela política nacional de humanização. Embora o acolhimento seja uma prática reconhecida e vivenciada pela equipe de saúde no cotidiano, observa-se que esse ainda é foco de conflitos e contradições que se expressam nas concepções dos profissionais, repercutindo no processo de trabalho e na atenção à saúde

(OLIVEIRA *et al.*, 2008).

O acolhimento quando é compreendido como um pronto atendimento, triagem a ser realizada na porta do serviço, pode perpetuar a exclusão dos usuários e das comunidades ao SUS, dificultando a adesão ao projeto terapêutico, a criação do vínculo entre dispositivo de saúde- usuário, profissional de saúde-usuário e a corresponsabilização (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012). Desse modo, esses fatores resultam um tipo de acolhimento não resolutivo, que implicam o usuário a buscar atendimento em outra unidade ou dispositivo de atenção à saúde, aumentando a demanda desta instituição (BECK; MINUZI, 2008).

Ainda sobre o acolhimento foi consensual a sua realização de maneira não organizada, não havendo um fluxograma definido. Tal empreendimento é uma importante estratégia de visualização e organização do trabalho coletivo na UBS. Este deve ser reavaliado e caso seja, poderá ser adaptado, enriquecido, testado e ajustado, considerando a singularidade de cada lugar, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento a necessidades de saúde com equidade, assumindo a perspectiva usuário-centrada como um posicionamento ético político que tem implicações organizativas e no processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2013).

A compreensão do acolhimento reduzido a escuta para encaminhamentos, a sua prática exercida de forma unilateral, na maioria dos cenários pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, a ausência do acolhimento a demanda espontânea norteados por um fluxograma, foram aspectos evidenciados durante as oficinas que revelam o acolhimento realizado nas UBS de Caicó. Esses aspectos revelam e justificam a realização da oficina e dos momentos de formação profissional sobre o acolhimento.

Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a AB. Isso requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado.

No segundo momento (ver estruturação no quadro 3), de posse das informações levantadas sobre o acolhimento, em suas respectivas unidades, e

após a exposição aos demais membros da oficina, foi realizado um segundo grupo de trabalho para construção colaborativa do fluxograma de atendimento a demanda espontânea pelos grupos das unidades participantes e escolha do tipo modelagem.

Primeiramente os participantes discutiram o tipo de modelagem de acolhimento que mais se adaptaria a realidade de cada unidade. De modo geral, todas as unidades optaram pela modelagem de acolhimento pela equipe de referência do usuário: a principal característica desse tipo de modelagem é que cada usuário é acolhido pelos profissionais de sua equipe de referência, de modo que um ou mais profissionais de cada equipe realizam a primeira escuta, negociando com os usuários as ofertas mais adequadas para responder às suas necessidades (BRASIL, 2013).

A principal vantagem dessa modelagem é a potencialização do vínculo e responsabilização entre equipe e população adscrita, e uma das dificuldades é a conciliação com atividades da equipe fora da unidade (visita domiciliar, por exemplo), bem como com os atendimentos programados nos dias em que a demanda espontânea é muito alta (BRASIL, 2013).

**Quadro 3.** Atividade 02, objetivos, metodologia e responsáveis pela condução das oficinas de acolhimento a demanda espontânea na AB, Caicó, 2019.

Atividade 02	Objetivos	Metodologia	Responsáveis
Momento formativo sobre o Caderno AB Nº28 e construção de fluxograma de acolhimento a demanda espontânea.	Sensibilizar as ESF acerca da importância do acolhimento na AB; Apresentar os tipos de modelagens de acolhimento a demanda espontânea na AB; Instrumentalizar as equipes sobre construção de fluxogramas no âmbito do processo de cuidado em saúde;	Exposição oral-dialogada com apoio de projeção em Power Point.	Representante da Equipe de gestão do Hospital Regional.
Grupos de Trabalhos – Construção do Fluxograma para acolhimento a demanda espontânea	Construir proposta de fluxograma para acolhimento a demanda espontânea.	Representação gráfica dos Fluxogramas construídos a partir do perfil da unidade em Cartolinas.	Residentes AB/EMCM-UFRN

Apresentação dos Fluxogramas construídos	Apresentar proposta de fluxograma para acolhimento a demanda espontânea	Exposição oral do tipo de modelagem escolhida; Exposição gráfica do fluxograma construído.	Residentes AB/EMCM -UFRN e representantes das Equipes de estratégia de saúde da família participantes.
--	---	--	--

Fonte: elaborado pela equipe de pesquisa, 2019.

Tendo escolhido o tipo de modelagem, as equipes construíram e representaram graficamente o fluxograma de atendimento a demanda espontânea para a sua unidade. Notou-se nesse momento, um maior envolvimento dos profissionais participantes. No entanto, surgiram muitos questionamentos sobre a efetivação do seu processo de implantação e efetividade da mesma.

A oficina foi finalizada com um momento avaliativo (ver estruturação no quadro 4). Durante esse momento foram percebíveis inquietações e cobranças quanto a real necessidade da importância de todo o apoio efetivo necessário para a execução desse processo, bem como o reconhecimento da importância da realização das mesmas, e cobranças por parte dos participantes de ações recorrentes de educação permanente com as equipes para vencimento das necessidades dos processos de trabalho que surgem no cotidiano, bem como, para o aperfeiçoamento e qualificação das práticas que já são recorrentes.

**Quadro 4.** Atividade 03, objetivos, metodologia e responsáveis pela condução das oficinas de acolhimento a demanda espontânea na atenção básica, Caicó, 2019.

Atividade 03	Objetivos	Metodologia	Responsáveis
Apresentação das equipes de matriciadores do processo de implantação do acolhimento.	Apresentar as equipes de matriciadores que orientaram e acompanharam a implantação dos fluxogramas nas unidades.	Representação gráfica em cartaz	Coordenador da Equipe técnica da Atenção básica

Avaliação da oficina	Avaliar o momento formativo, e identificar pontos positivos, negativos e sugestões para próximos encontros formativos.	A partir de questões como: que bom? Que pena? E que tal? respectivamente as pessoas poderiam apontar, aspectos positivos, aspectos negativos e sugestões para outros momentos como os realizados.	Equipe técnica da coordenação da atenção básica municipal
----------------------	--	---	---

Fonte: elaborado pela equipe de pesquisa, 2019.

Posto isso, os gestores foram tensionados a estarem presentes na implementação de estratégias de apoio para a efetivação necessária às transformações que foram produtos da oficina. Desse modo, reafirma-se a importância de acompanhamento e avaliação das ações realizadas. A avaliação do desempenho dessas ações em saúde, assim como dos seus resultados, faz-se necessária quando se tem como proposta reduzir as desigualdades do acesso da AB por meio da reorganização do modelo de atenção utilizando a ESF (MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2017).

Ao final, reafirmamos a Educação Permanente em Saúde como um elemento fundamental no aperfeiçoamento do acolhimento da UBS. A educação permanente da equipe, com oficinas de sensibilização, assim como realizado com as equipes da AB, constituem estratégias para a melhoria da acessibilidade e da humanização do acolhimento (SILVA, 2010; BRASIL, 2014).

Ainda sobre isso, para Ceccim e Pinto (2007), a Educação Permanente, a partir de metodologias ativas e com aprendizagem significativa como empregadas, nas oficinas são propícias a mobilizar invariavelmente práticas multiprofissionais e interdisciplinares a fim de ampliar o acolhimento assistencial dos usuários em sua diversidade e a resolutividade dos problemas de saúde, individuais ou coletivos (CECCIM; PINTO, 2007).

Nesse contexto, as residências multiprofissionais podem ser destacadas como um importante instrumento de educação permanente, visando à formação dos trabalhadores de saúde e ao trabalho coletivo em saúde. Devem ser visualizadas no contexto histórico em que se desenvolvem, sendo que atualmente, em tempos de desmonte do SUS, a realização do programa pode ocorrer de maneira fragmentada (SILVA, 2018).

A integração ensino-serviço-comunidade no contexto da AB, a partir da residência, permite benefícios para a população (usuários da AB) e para o serviço

(UBS), através da atuação profissional do residente no cenário cumprindo a finalidade de transformação da realidade (COSTA; AZEVEDO, 2016).

## **Possíveis desafios no processo de implantação do acolhimento a demanda espontânea em Caicó-RN**

No percurso de implantação reconhecemos que alguns desafios poderão se configurar como empecilhos a efetividade desse serviço:

### ***O temor de transformação da UBS em um pronto-atendimento (PA)***

Para Franco *et al.* (2004), o primeiro problema a se enfrentar para a implantação do acolhimento diz respeito ao temor, próprio da condição humana, de encarar o novo, por excelência o desconhecido. Tal sensação, poderia alimentar à falsa noção e o temor dos profissionais de que o mesmo faça com que a UBS se torne um pequeno pronto-atendimento (PA).

### ***Percepções equivocadas sobre a prática do acolhimento nas relações sociais de cuidados em saúde***

Essa questão constitui também reflexo das percepções equivocadas em relação a prática do acolhimento, sua importância e reconhecimento enquanto prática essencial ao cuidado de saúde, por parte dos profissionais. Como identificado durante as oficinas, há um desconhecimento dos profissionais sobre a complexidade da prática do acolhimento e sua importância no âmbito do cuidado em saúde na atenção básica. Para Pinheiro e Oliveira (2010), essa percepção, por parte dos profissionais, causa um 'empobrecimento' do sentido mais amplo de acolhimento, ou seja, a compreensão desse processo também como uma estratégia tecno-assistencial de organização do processo de trabalho.

### ***Estrutura e ambiência precárias das unidades básicas de saúde (UBS)***

Além desse aspecto, constituem como limites para a efetivação, a estrutura e ambiência precária das UBS, que em parte funcionam em locais improvisados e adaptados. Portanto, o acolhimento passa a ser reprimido e dificultado pela

ausência de condições básicas de recebimento dos usuários, desrespeitando o seu bem privado e as suas necessidades individuais (OLIVEIRA *et al.*, 2010). Essas questões interferem/implicam em questões éticas do fazer saúde, como falta de privacidade e sigilo nas interações profissional-usuário.

### ***Carência de insumos físicos e recursos humanos para a realização de procedimentos regulares ao cotidiano da AB***

Soma-se a isso a carência de insumos para a realização de procedimentos regulares ao cotidiano da atenção básica, como a carência de materiais e/ou capacitação profissional para realização de procedimentos como retirada de pontos, troca de sondas e injetáveis. As UBS devem ser estruturadas de forma a garantir o desenvolvimento pleno do conjunto de ações da equipe, a exemplo da realização de procedimentos, curativos e imunizações (GIOVANELLA *et al.*, 2015).

A viabilidade adequada da atenção à demanda espontânea, é propícia quando se tem estrutura física e ambiência adequadas, como sala de espera (para que os usuários possam aguardar confortavelmente, atenuando seus sofrimentos), sala de acolhimento multiprofissional (para realização do acolhimento individual da demanda espontânea, por meio da escuta qualificada), consultórios (para qualificar as condições de escuta e respeitar a intimidade dos pacientes) e sala de observação (para permitir o adequado manejo de algumas situações mais críticas ou que requerem período maior de intervenção ou acompanhamento) (BRASIL, 2013).

### ***Supervalorização do modelo biomédico de cuidado em detrimento de um modelo biopsicossocial***

A valorização do modelo biomédico de cuidado em detrimento de um modelo biopsicossocial, centrado no usuário, constituem-se como entraves ao processo de implantação, por não dialogar com os princípios do acolhimento. Conforme Campos (2006), a adoção do modelo usuário-centrado é um grande desafio do exercício do acolhimento na eSF, em que o foco são as atividades preventivas, pois ainda predomina o modelo médico centrado curativista, que impede a construção do acolhimento nos serviços a partir de uma perspectiva do cuidado integral.

Segundo Rebello, Koopmans e Romano (2013) as ações de saúde voltadas para a prática curativa, colaboram para que haja pouco espaço para se articular os saberes que ajudam executar o acolhimento, uma vez que as consultas são exclusivamente individuais e médico-centrado, indo contra as propostas da PNH. Quanto a reordenação das práticas assistenciais, Coutinho, Barbieri e Santos (2015) ressaltam que essa descentralização do sujeito médico como protagonista do cuidado precisa ser sensibilizada para os usuários que não aceitam completamente o papel da equipe multidisciplinar.

### ***A não efetividade e a oferta do apoio institucional da gestão de saúde municipal no cotidiano das equipes***

A não efetividade e a oferta do apoio institucional da gestão de saúde municipal prejudica o cotidiano das equipes, tendo em vista sua importância no suporte para mudança do processo de trabalho e a melhor organização da UBS, fomentando a adoção de tecnologias de cuidado e ferramentas de gestão da clínica para a efetivação das mudanças empreendidas (GONÇALVES *et al.*, 2017).

No cenário local, percebeu-se os anseios e queixas dos profissionais do serviço em relação à gestão municipal. As gestões municipais precisam estar presentes no cotidiano das equipes, para levantamento junto aos profissionais de dificuldades e problemas, para identificação de soluções, apoiar movimentos de reflexão e mudança nos processos de trabalho e melhor organização dos fluxos dentro das UBS (GONÇALVES *et al.*, 2017).

### ***Baixa inserção do profissional médico***

Outro gargalo evidente é a baixa inserção do profissional médico, já perceptível nas oficinas e que pode indicar uma baixa adesão também no processo em curso. Configura-se como questão emblemática o porquê de não se conseguir incorporar o profissional médico no processo de acolhimento (FRANCO *et al.*, 2004).

A revisão deste aspecto torna-se importante, pois quando o atendimento é centrado na consulta médica, existe um risco de que

estratégias para ampliação do acesso como o acolhimento acabem se reduzindo a uma triagem para o atendimento médico. Para além de uma divisão de trabalho, é necessário que a equipe invista na ampliação da clínica dos profissionais (BRASIL, 2013).

### ***Ausência de articulação interprofissional e multiprofissional no contexto do trabalho na AB***

Nesse sentido, no contexto do trabalho na AB deve haver um alto grau de articulação entre os profissionais, não somente para compartilhar as ações, mas também para o enriquecimento do campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2015). O trabalho deve ser embasado na cooperação, ou seja, não se configurando apenas no agrupamento de profissionais trabalhando lado a lado, em que ocorre uma sobreposição de ações e fragmentação do trabalho e, sim, uma equipe integrada, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes, estabelecendo tarefas conjuntas. O trabalho em equipe não pressupõe abolir as especificidades da expertise de cada profissional, pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados (PEDUZZI, 2001).

### ***A resistência do usuário a aderir a modelagem de acolhimento oferecido na UBS***

A negação, a irritação, as críticas, a resistência possivelmente vão persistir naqueles usuários agendados, com o fato de alguns pacientes de demanda espontânea serem priorizados, assim como acontece com aqueles com risco baixo que exigem atendimento médico imediato (JUNGES *et al.*, 2012). Os manejos dessas situações evidenciam a necessidade de haver conversas entre trabalhadores e usuários sobre o modo de funcionamento da unidade, em diferentes ocasiões, tais como: nas consultas, na sala de espera, durante as visitas domiciliares, nas atividades coletivas comunitárias, nas reuniões dos conselhos locais de saúde, nos grupos. Acolher a irritação e ansiedade dos usuários, nesses casos (em vez de reagir), escutar o conteúdo expresso

nesses ruídos e problematizá-los (sem deslegitimar a manifestação deles) são atitudes que podem facilitar a construção de consensos e entendimentos a esse respeito (BRASIL, 2013).

Neste sentido, quanto a percepção e aceitação do usuário sobre a mudança no serviço, o Conselho local de saúde, pode vir a ser instrumento colaborativo de divulgação e sensibilização da comunidade sobre o novo funcionamento da Unidade de Saúde (FRANCO *et al.*, 2004). Se o sentido do acolhimento da demanda espontânea é fortemente marcado pela perspectiva de incorporação de novas formas de escutar e receber os usuários, não basta conduzir esse processo entre os trabalhadores e gestores, sem ouvir o usuário (BRASIL, 2013).

O envolvimento de usuários e a sua participação no dia a dia do serviço são aspectos que devem aparecer no movimento de reorganização das UBS, tendo em vista que melhorar o vínculo e conseqüentemente a adesão as ofertas de atividades de prevenção e promoção da saúde. Estreitar a relação é fundamental no processo de mudança do processo de trabalho das equipes, a exemplo da implantação do acolhimento à demanda espontânea e superação do modelo arcaico de distribuição de fichas para atendimento (GONÇALVES *et al.*, 2017).

### ***Falta ou deficiente articulação da AB com os demais pontos de atenção das Redes de Saúde***

Por fim, destaca-se um outro entrave para mudança do modelo de atenção à saúde e conseqüentemente no acolhimento a demanda espontânea, a falta ou deficiente articulação da APS com os demais pontos de atenção das Redes de Saúde, a exemplo da atenção especializada e hospitalar e o aprimoramento dos sistemas de apoio e sistemas logísticos das Redes (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

É fundamental que as UBS possuam retaguarda pactuada para o referenciamento dos pacientes que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados, necessitem de cuidados de outros serviços. É importante que esses serviços produzam concretas relações com os equipamentos que constituem a Rede de Atenção às Urgências no seu município. Assim, a comunicação eficiente



entre profissionais e gestores de diferentes serviços, podem ser pactuados e definidos os fluxos e mecanismos de transferência/encaminhamento dos usuários que necessitarem de outros recursos assistenciais, de forma a garantir o acesso, em tempo oportuno, ao tipo de tecnologia necessária (BRASIL, 2013).

Na realidade de Caicó, o serviço de referência e a contrarreferência, basilar para a garantia do princípio da integralidade na assistência em saúde do SUS, é considerado falho, sendo necessário para que haja uma comunicação eficiente entre os níveis de maior e menor complexidade que compõem esse sistema (FARIAS, 2015).

Nesse sentido, a ausência dessa ação poderá dificultar a assistência prestada pela eSF ao usuário, pois os profissionais poderão se restringir às informações trazidas pelo paciente ou por seus familiares. Além disso, numa situação de urgência, é bastante provável que o paciente que volta de um pronto atendimento sem uma contrarreferência retorne várias vezes ao mesmo serviço, pois apenas o quadro agudo foi amenizado, dificultando, assim, a integralidade da assistência (FARIAS, 2015).

Diante os possíveis desafios que poderão vir a ser entraves para o funcionamento do acolhimento, destacamos a residência multiprofissional em saúde, a partir da sua inserção em diferentes pontos das redes de atenção de saúde e da gestão de saúde do município de Caicó/RN, como ator importante na colaboração de construção de estratégias de ação para superação das dificuldades que surgem na efetivação do acolhimento.

## **Considerações Finais**

As ações de sensibilização das eSF, acerca da importância de implantação do acolhimento a demanda espontânea na AB de Caicó, iniciaram a partir da remodelagem do tipo de acolhimento oferecido no hospital regional situado nesse município, que passou a ser operacionalizado através do acolhimento com classificação de risco.

Nesse contexto, a residência multiprofissional em atenção básica atuou no processo de implantação e qualificação desse serviço. O trabalho realizado

pelos residentes no serviço de urgência e emergência dessa instituição identificou um conjunto de informações que evidenciaram uma sobrecarga do serviço de urgência e emergência por usuários com queixas comuns a atenção básica, e a não organicidade do acolhimento à demanda espontânea na atenção básica local, fato este, que implica em barreiras de acesso do usuário aos serviços de escopo da atenção básica.

As informações serviram para embasar as reivindicações, por parte do colegiado gestor da referida unidade hospitalar, em espaços de controle social e de participação social, perante a gestão municipal de saúde, sobre a questão identificada. Nesse sentido, a residência multiprofissional se uniu a gestão do hospital regional, funcionários das estratégias de saúde da família e da sociedade, para tencionar a gestão municipal a realizar ações que garantidoras da resolutividade na atenção básica.

Frente ao reconhecimento desses entraves, a gestão municipal empreendeu uma agenda de ações para a implantação do acolhimento a demanda espontânea nas eSF da AB de Caicó, a partir da sensibilização sobre a importância do acolhimento e realização de ações de qualificação para a efetivação do mesmo com os atores atuantes nesse processo. Fora proposto então: a criação de equipes de matriciamento para acompanhamento do acolhimento realizados pelas equipes, a criação de um grupo de trabalho da atenção básica e a realização momentos de educação permanente para os profissionais das eSF, com ênfase na realização de oficinas sobre o acolhimento a demanda espontânea com os profissionais da AB do município, que contou com a facilitação dos residentes.

Nas oficinas, os profissionais das 24 UBS do município foram levados a refletirem sobre os sentidos do acolhimento e sua importância, sendo mobilizados a construir a partir da realidade de cada território, uma modelagem de acolhimento a demanda espontânea que seria implantada posteriormente com o acompanhamento da equipe de matriciadores da secretaria de saúde municipal com o apoio da residência. Nesse contexto, a residência multiprofissional pode se destacar como um instrumento de facilitação de aprendizagens referentes a acolhimento.

Posto isso, destacamos a importância da continuidade das ações propostas

por parte da gestão, no que tange a implantação do acompanhamento, do suporte necessário e a continuidade dos processos formativos do aperfeiçoamento profissional para a realização do acolhimento, sobretudo, das ações já realizadas. Considerando, essas ações como basilares para o processo, então iniciado, com as ações que foram empreendidas pela secretaria municipal de saúde em parceria com a o programa de residência multiprofissional em atenção básica vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Ao mesmo, também salientamos a continuidade do diálogo com comunidade/usuários, em todas as etapas de materialização das mudanças pretendida, tendo em vista que um SUS humanizado reconhece cada indivíduo como legítimo cidadão de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.

Ao final, destaca-se a importância da integração ensino-serviço-comunidade no contexto da AB, a partir do Programa de Residência multiprofissional em atenção básica, como importante agente de mudanças no território da atenção básica de Caicó e conseqüentemente, como importante colaborador no processo de implantação do acolhimento a demanda espontânea nas unidades básicas de saúde.

## Referências

- ALMEIDA, E. R. et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, p. e180, 2018.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 29, p. 84-95, 2011.
- BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, v. 36, n. 1, 2011.
- BECK, C. L. C.; MINUZI, D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. *Saúde (Santa Maria)*, v. 34, n. 1 e 2, p. 37-43, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Acolhimento. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Implementação da rede de atenção às urgências/emergências. Brasília, DF, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed.; Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 1. ed.; Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf, 2. ed., Brasília, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, p. 417-42, 2006.
- CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CATANANTE, G. V. et al. Participação social na Atenção Primária à Saúde em direção à Agenda 2030. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 3965-3974, dez. 2017.
- CECCIM, R. B.; PINTO, L. F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Rev. bras. educ. Méd.*, p. 266-277, 2007.
- COSTA, A. C. S.; AZEVEDO, C. C. A Integração Ensino-Serviço e a Residência Multiprofissional em Saúde: um relato de experiência numa Unidade Básica de Saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 265-282, 2016.
- COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde em debate*, v. 39, p. 514-524, 2015.
- EULÁLIO, M. de M. C. et al. Didatizando o gênero relato de experiência no Ensino Fundamental: reflexão sobre reescrita textual. *Revista Letras Raras*, v. 2, n. 2, p. 52-70, 2013.
- FARIAS, D. C. et al. Acolhimento e resolubilidade das urgências na estratégia saúde da família. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 39, n. 1, p. 79-87, 2015.
- FRANCO, T. B. et al. Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, p. 345-353, 1999.
- GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 35, p. 144-149, 2014.
- GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, 2018.
- GIOVANELLA, L. et al. Tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras. *Novos Caminhos*, n. 5, 2015.
- GONÇALVES, M. R et al. Desafios da atenção primária à saúde no Brasil. Porto Alegre: UFRGS, 2017. 85 p.
- JUNGES, J. R. et al. O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. *Saúde e Sociedade*, v. 21, n. 3, p. 686-697, 2012.

- LOPES, A. S. et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde em Debate*, v. 39, p. 114-123, 2015.
- MERHY, E.E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MICLOS, P. V.; CALVO, M. C. M.; COLUSSI, C. F. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. *Rev. Saúde Pública*, v. 51, 2017.
- MITRE, S. M.; ANDRADE, E. L. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 2071-2085, 2012.
- MOIMAZ, S. A. S. et al. Qualificação do acolhimento nos serviços de saúde bucal. *Cad. saúde colet.* vol.25, n.1, p.1-6, 2017.
- OLIVEIRA, A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 12, p. 749-762, 2008.
- OLIVEIRA, A. et al. Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, Vitória*, v. 12, n. 2, p. 46-51, 2010.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de saúde pública*, v. 35, p. 103-109, 2001.
- PINHEIRO, P. M.; OLIVEIRA, L. C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 15, p. 185-198, 2010.
- REBELLO, C. M.; KOOPMANS, F. F.; ROMANO, V. F. O acolhimento no processo de trabalho na estratégia da saúde da família: reflexão sobre conceitos. *Corpus et Scientia*, v. 8, n. 3, p. 127-138, 2013.
- SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, p. 603-613, 2009.
- SARMENTO, L. F. et al. A distribuição regional da oferta de formação na modalidade residência multiprofissional em saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 415-424, abr./jun. 2017.
- SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis*, v. 21, n. 1, p. 200-209, 2018.
- SILVA, L. M. V. et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica: Salvador, 2005-2008. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 10, p. 131-143, 2010.
- SOUZA, C. C. et al. Principais queixas de pacientes de urgência segundo o protocolo de classificação de risco de Manchester. *Rev. Enferm. UFPE on line*. [Internet], v. 6, n. 3, p. 540-8, 2012.
- SOUZA, E. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008.
- STARFIELD, B. et al. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco, 2002.
- TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 361-378, 2018.
- TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 3615-3624, 2010.
- TRALDI, M. C.; RABESCO, L.; DA FONSECA, M. R. C. C. Avaliação da capacidade de acolhimento da demanda espontânea nos serviços de atenção básica. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 4, n. 2, p. 107-118, 2016.
- VÁZQUEZ, M. L. et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, p. 579-591, 2003.
- VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 15, p. 225-264, 2005.

## CAPÍTULO 3

# A INSERÇÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM ATENÇÃO BÁSICA NA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM HOSPITAL DO SERIDÓ POTIGUAR

Maria Helena de Araújo Santos  
Maura Vanessa Silva Sobreira

### Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é pautado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. No entanto, desde sua criação, é permeado por diversos problemas no âmbito da assistência, da gestão e do controle social. Com a finalidade de melhorar as relações entre os (as) profissionais, gestão e usuários (as), reformular as práticas, os discursos e os processos de trabalho, reduzir as filas, tempo de esperar e possibilitar um SUS mais equânime, resolutivo e centrado nas necessidades do (a) usuário (a), o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003. O objetivo da PNH é materializar os princípios doutrinários do SUS no cotidiano dos serviços de saúde a partir de ferramentas e dispositivos para consolidação das redes, vínculos e a corresponsabilização entre todos os atores envolvidos na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2013).

A PNH é uma política pública que deve estar inserida em todas as políticas e programas do SUS, conforme o princípio da transversalidade. Essa se baseia em orientações clínicas, éticas e políticas e busca não apenas se restringir ao campo biológico, mas atuar de modo a estimular a comunicação entre gestores (as), trabalhadores (as) e usuários (as) para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto. Para tanto, possui diretrizes

norteadoras, as quais são: Acolhimento, Gestão Participativa e Cogestão, Ambiência, Clínica Ampliada e Compartilhada, Valorização do Trabalhador (a) e Defesa dos Direitos dos (as) Usuários (as) (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2013).

O acolhimento é uma postura ética e profissional a qual independe de profissional específico e implica escuta qualificada, resolutividade e responsabilização, bem como o reconhecimento do protagonismo do (a) usuário (a) no processo de produção da saúde, sendo assim, uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética, devendo ocorrer em articulação com as demais diretrizes propostas pela PNH. É, portanto, uma estratégia de intervenção que permite analisar o processo de trabalho em saúde e que pressupõe a mudança das relações profissional/usuário(a)/rede social e profissional/ profissional (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2009).

A PNH propõe o acolhimento com avaliação de risco como uma das diretrizes específicas por níveis de atenção, como na Urgência e Emergência, nos pronto-atendimentos, na Assistência Pré-Hospitalar e na Unidade Hospitalar. Muitos serviços de atendimento às urgências e emergências convivem com a superlotação devido a situações de acidentes, violências e a procura por necessidades que poderiam/deveriam ser resolvidas na Atenção Básica. Sendo assim, a ausência de critérios de risco ou graus de sofrimento faz com que os atendimentos sejam organizados por ordem de chegada e, assim, os casos prioritários não recebam assistência no tempo adequado.

Desde o início da década de 1990, várias escalas têm sido desenvolvidas e implementadas nos serviços de emergência de diversos países para subsidiar a decisão dos (as) profissionais de saúde na priorização de atendimento nos serviços de urgência/emergência. Dentre essas, destacam-se: *Australian Triage Scale (ATS)* - Austrália, *Canadian Triage Acuity Scale (CTAS)* - Canadá, *Emergency Severity Index (ESI)* - Estados Unidos e o *Manchester Triage System (MTS)* - Reino Unido (GODOI *et al.*, 2016).

O Protocolo de *Manchester Triage System* é uma metodologia de trabalho desenvolvida na Inglaterra, na década de 1990, o qual foi implantado inicialmente na cidade de Manchester em 1997 sendo adotado como norma nos hospitais do Reino Unido e adotado ou em fase de implantação na Irlanda, Holanda e Canadá. O método determina o atendimento de acordo com as prioridades de

intervenção e estipula um tempo máximo de espera para que o (a) usuário (a) possa ser atendido, seguindo os seguintes passos: identificação da queixa inicial, seguimento do fluxograma de decisão a partir da classificação do atendimento de acordo com sistema de cores e estabelecimento do tempo de espera de acordo com a gravidade (PAGLIOTTO, 2016; SILVA *et al.*, 2016).

Conforme Silva e colaboradores (2016), um grupo de especialistas brasileiros avaliou o MTS quanto à viabilidade de adaptação à realidade brasileira. Após o pioneirismo do estado de Minas Gerais na utilização desse sistema de classificação de risco, foi adotado como ferramenta desde 2008 no Brasil.

A classificação de risco é subsidiada por protocolos que norteiam a atuação e a tomada de decisão a partir da prioridade de intervenção, estabelecendo o tempo de espera de acordo com a gravidade do caso. Sendo assim, é uma ferramenta extremamente necessária para reorganização das portas dos serviços de Urgência e Emergência. Desse modo, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é um dispositivo da PNH que reinventa o modo de operar o processo de trabalho desses serviços, de modo a garantir o acesso dos (as) usuários (as) ao atendimento a partir da avaliação do risco, fazendo com que a assistência seja mais eficaz e em menor tempo.

Nesse sentido, em março de 2019, o ACCR foi implantado no Hospital Regional do Seridó – Telecila Freitas Fontes (HRSTFF) para o ordenamento do serviço, visto que esse se caracterizava como porta aberta, sem critérios clínicos da demanda e sobrecarregado por usuários (as) que deveriam ser atendidos na Atenção Básica. O processo de implantação do ACCR nessa Unidade Hospitalar contou com a parceria da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e de Instituições de Ensino Superior (IES), dentre elas a Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN) por meio do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRMAB).

A Residência Multiprofissional em Saúde é uma iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação criada a partir da promulgação da Lei nº 11.129, de 2005, constituindo-se como uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço sob supervisão técnico-profissional, abrangendo as categorias profissionais da área da saúde, com exceção da médica. É caracterizada pela articulação entre ensino-serviço-comunidade e segue uma perspectiva teórico-pedagógica na qual conflui com os princípios e diretrizes do SUS para favorecer

a inserção qualificada de profissionais de saúde e contribuir com transformações do desenho tecno assistencial desse sistema a partir da atuação multiprofissional adequada as necessidades locais (BRASIL, 2005; CECCIM, 2010).

O projeto pedagógico da residência prioriza conteúdos, estratégias e cenários de aprendizagem inseridos nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, que possibilitem as transformações nas práticas de saúde com o envolvimento na gestão, atenção, formação e participação social. No Seridó Potiguar, o PRMAB possui como cenários de aprendizagem as RAS dos municípios de Caicó/RN e Currais Novos/RN, sendo estruturado da seguinte forma: durante o primeiro ano no PRMAB, os (as) residentes são inseridos na Atenção Básica dos municípios. Já no segundo, em formato de rodízio, são imersos em serviços os quais perpassam todos os níveis de atenção à saúde e da proteção social básica e especial do Sistema de Assistência Social (SUAS), cujos eixos norteadores são Gestão em Saúde<sup>1</sup>, Educação em Saúde<sup>2</sup> e Atenção à Saúde<sup>3</sup>.

A partir de atividade de educação em saúde, educação permanente, planejamento, apoio matricial e institucional às quais têm como objetivo a qualificação profissional, a criação/fortalecimento de vínculos entre profissionais, residentes e usuários (as), na perspectiva ensino-serviço-comunidade, a Residência traz uma contribuição para melhoria nos indicadores de saúde da região.

Nesta perspectiva, a atuação do PRMAB na Atenção Terciária vem como um segmento da Atenção Básica, uma vez que na unidade hospitalar os (as) residentes do segundo ano passam a atuar em setores específicos como o ACCR, Ambulatório de Egressos e Comissão de Revisão de Prontuários, os quais o acabam fazendo o elo entre a unidade hospitalar e a Atenção Básica.

Sabendo disso, acerca do ACCR, a inserção do PRMAB foi uma importante estratégia para fortalecer esse processo, a partir da educação em saúde junto aos (as) usuários (as), do apoio matricial e da articulação e comunicação com profissionais e com a rede de saúde local.

<sup>1</sup> Estão neste eixo a Secretaria Municipal de Saúde, a Vigilância em Saúde e a IV Unidade Regional de Saúde Pública do Seridó.

<sup>2</sup> Estão os serviços de Atenção Secundária à Saúde e da proteção social básica e especial Assistência Social, sendo: Centro de Atenção Psicossocial III; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; Centro de Referência Especializado de Assistência Social; os dois Centros de Referência de Assistência Social do município; Centro Especializado em Reabilitação e Centro Controle de Zoonoses (CCZ).

<sup>3</sup> Neste está a Atenção Terciária à Saúde fazendo cujo campo de atuação é o Hospital Regional do Seridó – Telecila Freitas Fontes.

Desde a implantação, o ACCR vem causando transformações no processo de trabalho do Hospital e na dinâmica dos serviços de saúde do município, tencionando a gestão municipal a buscar estratégias para maior resolutividade da Atenção Básica, como o acolhimento à demanda espontânea, qualificação profissional e reestruturação das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Diante disso, tendo em vista a relevância do tema e o impacto no contexto de saúde local, o presente estudo propõe compreender como se deu a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em unidade hospitalar no Seridó Potiguar, a partir de um relato de experiência sob olhar de uma residente em atenção básica.

## Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, na modalidade relato de experiência de uma residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da EMCM/UFRN sobre o processo de implantação do Acolhimento Com Classificação de Risco em uma unidade hospitalar do Rio Grande do Norte.

A modalidade é uma produção textual que reúne diversos elementos cuja função social é retratar uma vivência. As principais características são a contextualização, a apresentação da experiência e considerações (EULÁLIO *et al.*, 2013). No mais, é de grande importância pela sua contribuição para a área de atuação abordada no trabalho. Desse modo, por se tratar de um relato de experiência com o uso de observação participante e de dados secundários publicizados pelo hospital para toda a comunidade, não houve necessidade de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

A experiência descrita é fruto das vivências durante o rodízio no segundo ano de Residência, no período de março a julho de 2019, no HRSTFF, unidade hospitalar da Rede Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte, situada no município de Caicó/RN, com o perfil de atendimento de urgência e emergência, traumatologia, cirurgia geral, clínica, saúde mental e cuidados intensivos. Em 25 de Março de 2019 foi implantado o Acolhimento com Classificação de Risco e contou com diversos parceiros como a Secretaria Estadual de Saúde Pública (SESAP), a SMS e as IES, dentre elas a EMCM por meio do PRMAB.

## Resultados e discussão

O Hospital Regional do Seridó – Telecila Freitas Fontes, situado no Seridó Potiguar, especificamente em Caicó/RN, é uma unidade referência de urgência e emergência para os 25 municípios da região. Para tanto, desde janeiro de 2019, com nova gestão do governo do estado do Rio Grande do Norte<sup>4</sup> e, conseqüentemente, da SESAP, houve mudanças na direção geral hospitalar. Assim, o HRSTFF iniciou um processo de transformações, como a inserção de docentes da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) e EMCM/UFRN na direção hospitalar com o objetivo de estreitar as relações entre as IES e o HRSTFF, buscando melhorar o serviço com base na integração ensino-serviço-comunidade e reafirmá-lo enquanto hospital de ensino, tendo em vista o hospital ser campo de estágio de diversas IES públicas e privadas, bem como escolas técnicas, além de cenário de prática para programas de residência médica e multiprofissional. Reconhecendo esta possibilidade, foi implementado a ouvidoria como mecanismo de controle social para uma gestão hospitalar mais participativa e democrática e a criação de um Núcleo de Educação Permanente (NEP) com apoio das IES da região para qualificar os (as) profissionais e aprimorar os processos de trabalho.

No entanto, diante do cenário descrito, foi necessário também reorganizar a porta de entrada da urgência e emergência. De acordo Belluci Júnior e Matsuda (2012), a elevada demanda por atendimento nos serviços de urgência e emergência afeta diretamente a qualidade desses, pois a assistência prestada acaba não sendo de acordo com o grau de necessidade do (a) usuário (a). Ademais, a procura elevada por esses serviços demanda cada vez mais alta tecnologia e cuidados mais complexos e onerosos ao SUS.

Anteriormente, o HRSTFF apresentava dificuldades de organização na porta de entrada devido à ausência de avaliação de critérios clínicos, gerando um atendimento por ordem de chegada, longas filas e uma grande demanda de outros pontos de atenção da rede de saúde, o que impactava diretamente nos outros setores do hospital e nas relações entre os (as) profissionais e desses com

<sup>4</sup> Em primeiro de janeiro de 2019, Maria de Fátima Bezerra tomou posse do cargo de governadora do estado do Rio Grande do Norte, a qual escolheu os nomes para compor o secretariado priorizando os critérios técnicos. Sendo a única mulher eleita para governar um estado no Brasil, a mudança no governo do estado tem sido bastante simbólica diante da conjuntura política e econômica, possibilitando transformações em diversas políticas sociais, dentre essas, a saúde sob a gestão Cipriano Maia de Vasconcelos.

usuários (as). Desse modo, sendo o ACCR um dispositivo da PNH que garante a assistência seja mais eficaz, em menor tempo e equânime a partir da avaliação de risco, a unidade hospitalar iniciou o processo de implantação desse.

A implantação se deu, concomitantemente, da seguinte forma: 1) ações de planejamento; 2) readequação de recursos materiais e humanos; 3) instituição de um protocolo para tomada de decisão com base nas recomendações do Ministério da Saúde; 4) capacitação de todos (as) os (as) profissionais do serviço, promovida pelo NEP; 5) comunicação com a Rede de Atenção à Saúde Municipal, Regional e Estadual, controle social e aparelhos jurídicos e midiáticos; 6) Articulação com o PRMAB da EMCM/UFRN.

Com a necessidade da implantação do ACCR, foram iniciadas discussões no Colegiado Gestor Hospitalar. A contar disso, foi elaborado plano de trabalho e estabelecido metas com os responsáveis pelo planejamento e execução das ações de implantação, envolvendo as instituições de ensino superior pactuadas com o serviço.

Para a operacionalidade desse processo, foi preciso ajustes no espaço físico e nos recursos humanos. Frente às limitações na estrutura física e de recursos, foi criada apenas uma sala, com apoio da SMS, para a avaliação da classificação de risco de modo a garantir um ambiente seguro, com privacidade e sigilo ao (a) usuário (a).

Os outros espaços foram readequados e devidamente sinalizados, tais como as salas azul e verde, para usuários aparentemente não graves, às quais funcionam na recepção hospitalar diante da insuficiência de espaço físico. Na parte interna do serviço, seguindo às recomendações do Ministério da Saúde, foram adaptadas duas salas amarelas feminina e masculina, às quais se caracterizam enquanto salas de retaguarda para aqueles (as) que apresentam quadro clínico já estabilizado, porém ainda requerem cuidados especiais, e uma sala vermelha, ou seja, sala de emergência, para atendimento imediato daqueles (as) com risco de morte, ambas próximo ao posto de enfermagem e consultórios médicos para o atendimento imediato em caso de intercorrências (BRASIL, 2009).

Em relação aos recursos humanos, foram necessárias modificações nas escalas e contratação de enfermeiros e técnicos de enfermagem, devido a carência de recursos humanos e da atividade da classificação de risco e priorização de assistência em serviços de urgência ser atribuição privativa do profissional de enfermagem, conforme a Resolução COFEN nº 423/2012.

Além disso, conforme o Ministério da Saúde, a construção de um protocolo de classificação de risco adaptado ao perfil de cada serviço e ao contexto de sua inserção na rede de saúde, é uma oportunidade de facilitar a interação entre a equipe multiprofissional e de valorizar os (as) trabalhadores (as) da urgência (BRASIL, 2009). Desse modo, foi preciso a instituição de um protocolo para intervenção e tomada de decisões cujo sistema de classificação adotada foi baseado no Protocolo do Ministério da Saúde, com sistema de cores e o estabelecimento de tempo de acordo com a gravidade do caso, conforme ilustrado no quadro 1. Assim, o fluxo de atendimento seguiu os seguintes passos: identificação do (a) usuário (a) por meio de boletim de atendimento na recepção hospitalar; identificação da queixa inicial e classificação do risco de acordo com as cores e tempo, ilustrados no quadro abaixo; atendimento médico; encaminhamento para exames laboratoriais, de imagem e/ou medicação, se necessário, e encaminhamento para internação, quando indicado.

**Quadro 1.** Distribuição da classificação por gravidade e tempo de atendimento do ACCR no HRSTFF.

Classificação	Gravidade	Tempo de atendimento
Vermelho	Emergente - casos muito graves, risco iminente de morte	Imediato
Amarelo	Urgente - casos graves com necessidade de rápido atendimento, sem risco imediato	Até 30 minutos
Verde	Atendimento rápido - atendimento padrão com maior possibilidade de espera	Em média 1 hora
Azul	Não urgente - preferencialmente direcionado ao atendimento na Unidade Básica de Saúde	Em média 4 horas

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras, baseada no Protocolo do Ministério da Saúde.

Para tanto, foi necessário também ofertar espaços para a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho, tendo em vista às mudanças na porta de entrada do serviço e a reestruturação que essas causariam. Nesse sentido, o Núcleo de Educação Permanentes do HRSTFF proporcionou capacitações durante todo o processo de implantação do ACCR para todos (as) os (as) profissionais do serviço,

atuando ou não na urgência e emergência, para que todos (as) tivessem ciência desse processo, das modificações e da importância para o serviço.

A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia político-pedagógica a qual toma como objeto os problemas e necessidades provenientes do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa com vistas à produção de transformação de práticas, discursos e contextos (BRASIL, 2018). Diante disso, vale ressaltar que a existência de um NEP no contexto hospitalar já é bastante simbólica para quebra de paradigmas e o núcleo foi de fundamental importância para a efetivação do ACCR na unidade hospitalar.

Ademais, a proposta de implantação do ACCR foi apresentada ao Conselho Municipal de Saúde, ao Ministério Público, a Defensoria Pública e a toda imprensa local (programas de rádio, blogs e redes sociais) no intuito de esclarecer dúvidas e ressaltar a importância desse dispositivo no serviço hospitalar. Nesse sentido, também foi criada uma rede social do próprio hospital para publicizar as informações do HRSTFF, dando maior visibilidade e transparência às ações e serviços oferecidos.

Todo esse processo foi realizado em consonância com a SESAP, a SMS e a IV Região de Saúde. No entanto, para a implantação, foi necessário também uma articulação maior com a atenção básica, tendo em vista a alta demanda de usuários que deveriam ser atendidos nas UBS, mas procuravam o hospital. Assim, sabendo da atuação do PRMAB no município, onde, no primeiro ano de residência, os (as) residentes são inseridos nas UBS e, no segundo, em rodízios os quais possibilitam o conhecimento dos demais dispositivos da RAS e da Assistência Social, o HRSTFF buscou uma parceria com a EMCM/UFRN na perspectiva de promover uma maior articulação ensino-serviço-comunidade.

A inserção dos (as) residentes nesse processo surgiu a partir de uma proposta de intervenção feita pela direção hospitalar à coordenação do programa de residência com a finalidade desses intervirem nos seguintes cenários de prática hospitalar: Acolhimento com Classificação de Risco, Ambulatório de Egressos e Comissão de Revisão de Prontuários. Assim, a atuação dos (as) residentes do segundo ano foi reestruturada em eixos que percorrem todos os níveis de atenção à saúde e são interligados a Atenção Básica, sendo esses: Gestão em Saúde, Educação em Saúde e Atenção à Saúde, os quais seguem as Diretrizes Curriculares Nacionais que divide em dimensões da aprendizagem.

Desse modo, a unidade hospitalar passou a fazer parte de um dos cenários de prática dos (as) residentes do segundo ano, especificamente no eixo Atenção à Saúde, cuja primeira turma desse novo rodízio de profissionais do PRMAB atuou no hospital entre o período de 25 de março a 19 de julho de 2019, propositalmente na data de implantação do ACCR.

O PRMAB possui residentes das categorias profissionais Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. Contudo, a primeira turma de residentes inserida no ACCR foi composta por 07 profissionais, sendo: Assistente Social, Enfermeira, Farmacêutica, Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicólogo e Profissional de Educação Física.

A atuação da residência no ACCR se deu em quatro vertentes. Na primeira delas, no acolhimento ao usuário que buscava o serviço de urgência e emergência. Como já mencionado, a classificação de risco é atribuição privativa do (a) enfermeiro (a), no entanto, o acolhimento expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, o qual independe de local, hora ou profissional específico para fazê-lo, pois faz parte de todos os encontros do serviço de saúde (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2009).

Nesse sentido, a atuação da equipe multiprofissional de residência na linha de frente da urgência e emergência se deu acolhendo o (a) usuário (a), esclarecendo suas dúvidas sobre o ACCR e o serviço de modo geral e direcionando-o (a), quando necessário, aos fluxos para atendimentos e/ou procedimentos de ortopedia, bucomaxilofacial, Raio-X, laboratório, Serviço Social e internação. Além disso, de modo a possibilitar o maior acesso à informação, reflexão sobre o processo de implantação do ACCR, corresponsabilização e estreitamento das relações com os (as) usuários (as), os (as) residentes também realizavam salas de espera sobre a temática quando o ambiente da urgência estava propício.

A atuação de uma equipe multiprofissional dessa dimensão na urgência e emergência por si só já se caracteriza enquanto inovadora e se potencializa por ser uma de um Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, o que torna o processo mais inovador e desafiador, não sendo encontrado e/ou mencionado nada na literatura. Desse modo, às diversas habilidades, competências, visões e experiências profissionais dos (as) residentes facilitou também na interlocução e facilitação da escuta entre o (a) usuário (a) e acompanhante com a



equipe assistencial de urgência e emergência e/ou o (a) enfermeiro (a) e usuário (a) no atendimento para classificação de risco, além de contribuir também no auxílio ao técnico controlador de fluxo.

Com essa inserção, foi possível observar várias problemáticas e potencialidades na implantação do ACCR quanto aos processos de trabalho e relações interprofissionais, às quais a equipe de residentes pôde dialogar junto ao Colegiado Gestor Hospitalar e intervir no aperfeiçoamento do processo de trabalho. Assim, é notório o papel do PRMAB no fortalecimento da articulação ensino-serviço-comunidade, colocando em prática a aprendizagem em serviço e contribuindo para mudanças necessárias no serviço hospitalar e, conseqüentemente, RAS de Caicó/RN.

Na segunda vertente, a equipe do PRMAB auxiliou no levantamento diário de dados dos (as) usuários (as) que demandam o serviço de pronto atendimento, destacando a localidade e a cor da classificação de risco. Esses dados foram tabulados em levantamentos mensais e divulgados pelo hospital para toda região de saúde e comunidade. A partir disso, foi possível constatar o perfil da demanda, em que no primeiro semestre de implantação foi caracterizado da forma abaixo.

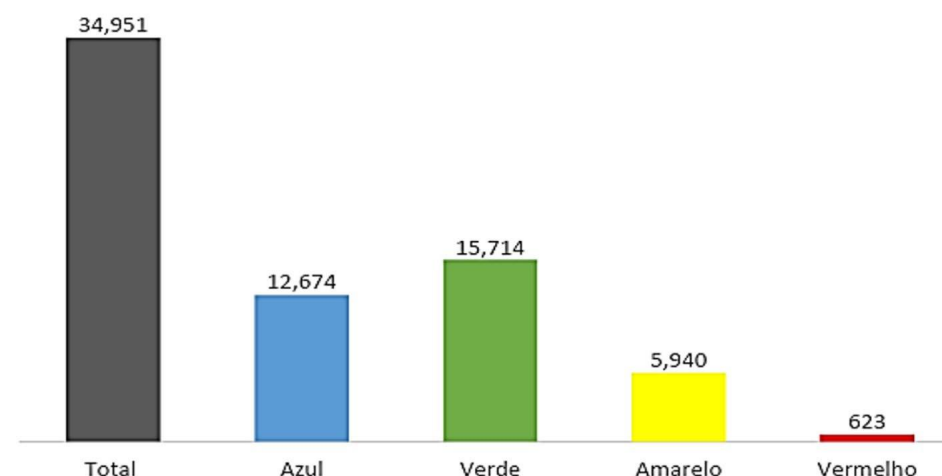
**Tabela 1.** Distribuição do ACCR por bairros de Caicó e outros municípios procedência no período de março a setembro de 2019, HRS-2019.

BAIRRO	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL	TOTAL
BARRA NOVA	28	443	1.151	985	2.607
BOA PASSAGEM	39	465	1.345	1.096	2.945
CASTELO BRANCO	14	110	336	195	655
CENTRO	58	635	1.381	1.146	3.220
JOÃO XXIII	38	329	829	819	2.015
PARAÍBA	43	503	1.371	1.053	2.970
PAULO VI	31	324	1.077	934	2.366
WALFREDO GURGEL	33	400	1.318	1.138	2.889
ZONA RURAL - CAICÓ	29	225	640	586	1.480
OUTROS BAIRROS	125	1605	4823	3904	10.457

TOTAL CAICÓ/RN	438	5039	14.271	11856	31.605
OUTRAS CIDADES	185	901	1.443	818	3.347
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>623</b>	<b>5.940</b>	<b>15.714</b>	<b>12.674</b>	<b>34.951</b>

Fonte: Hospital Regional do Seridó (2019).

**Gráfico 1.** Distribuição de atendimentos na urgência por ACCR, março a setembro de 2019, HRS - 2019.



Fonte: Hospital Regional do Seridó (2019).

De acordo com os dados apresentados, 34.951 usuários foram atendidos nos seis meses de implantação do ACCR, sendo 90,4% residentes em Caicó/RN. Destaca-se que, conforme o protocolo adotado pelo HRSTFF em conformidade com o Ministério da Saúde, 36,3% foram classificados como azul, 44,9% como verde, correspondendo a 81,2% de demandas que poderiam ser atendidas em outros pontos de atenção da rede, especialmente atenção básica. Com perfil para atendimento hospitalar, foram acolhidos 16,9% correspondendo a classificação amarela e 1,8% a situações de emergências classificadas como vermelha.

Vale salientar que a queixa de cada usuário (a) é subjetiva e pode ser interpretada como urgência, levando ao serviço hospitalar. No entanto, a alta demanda de classificados (as) como verde e azul revela que a maioria da população

que busca atendimento na unidade hospitalar poderia ter seu problema resolvido na atenção básica ou ambulatorial. Isso expressa que as pessoas não estão alcançando resolutividade nos outros pontos de atenção e/ou não os procuram. Nesse sentido, evidencia-se a lacuna no entendimento dos (as) usuários (as) sobre o funcionamento e finalidade dos serviços de urgência e emergência e demais serviços da rede, fato esse associado também ao modelo hospitalocêntrico, instituídos há décadas no imaginário popular (GOYANNA *et al.*, 2014).

Para que a realização do ACCR seja uma estratégia exitosa na redução da superlotação nos serviços de saúde de urgência e emergência, é preciso a participação de todos (as) os (as) profissionais de saúde na gestão. Assim, as mudanças estruturais no processo de trabalho podem acontecer de modo a possibilitar uma prática mais dialogada e na perspectiva de adoção de uma gestão democrática. Para mais, é necessário também a reorganização do fluxo de atendimento de toda a rede de saúde, uma vez que o grande número de atendimentos nesses serviços indica o baixo desempenho de todo o sistema de saúde (GOYANNA *et al.*, 2014; SOBREIRA *et al.*, 2018).

Em relação à atenção básica e Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Caicó/RN, os dados do sistema de informação e-Gestor AB revelam que, entre março e setembro de 2019, o município permaneceu com uma população de 67.554 habitantes, 24 equipes de saúde da família, apenas um Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e o total 100% da cobertura pela atenção básica.

Apesar disso, fazendo um paralelo com os dados disponibilizados pelo HRSTFF, a atenção básica do município apresenta pouca resolutividade, tendo em vista a alta demanda de usuários (as) classificados (as) como azul e verde, como mostra na tabela 1, na qual é possível visualizar os bairros com maior demanda que recorrem ao serviço hospitalar ao invés da unidade básica de saúde de referência. Em algumas dessas localidades, o PRMAB está inserido por meio dos (as) residentes do primeiro ano.

Desde 2016 o PRMAB está inserido em cinco territórios do município de Caicó/RN o qual tem como cenário de prática dos (as) residentes do primeiro ano as UBS dos bairros Boa Passagem, Castelo Branco, João XXIII, Paraíba e Walfredo Gurgel. Anualmente, o programa oferta 22 vagas para diversos profissionais de saúde, distribuídas da seguinte forma: Educação Física (02), Enfermagem (04),

Farmácia (02), Fisioterapia (02), Fonoaudiologia (01), Medicina Veterinária (01), Nutrição (02), Odontologia (04), Psicologia (02) e Serviço Social (02).

No PRMAB, profissionais de Enfermagem e Odontologia atuam junto às equipes de saúde da família de forma fixa, como no modelo da ESF. Desse modo, esses (as) profissionais estão fixos nas UBS dos territórios do Castelo Branco, Boa Passagem, João XXIII e Paraíba. Já os (as) demais, atuam como volantes, conforme o modelo do NASF, e são divididos (as) em duas equipes, nas quais uma equipe de residentes atua nos bairros Castelo Branco e Boa Passagem, a outra nos bairros João XIII e Paraíba e ambas no Walfredo Gurgel. No total, a residência em suas atividades de educação em saúde, educação permanente e apoio matricial dá suporte a 9 equipes de saúde da família.

Na inserção nas unidades básicas de saúde no primeiro ano da Residência Multiprofissional em Atenção Básica, foi possível vivenciar de perto as barreiras de acesso ao atendimento na atenção básica do município, tais como o acolhimento à demanda espontânea resumido a distribuição de fichas de urgência, a agenda voltada para atividades programáticas, a cultura biomédica nos serviços, a existência de apenas um NASF e a pouca cobertura deste junto às equipes de saúde da família, a lentidão para acessar exames laboratoriais e de média complexidade, a fragilidade do sistema de regulação de saúde municipal, a estrutura física precária de algumas UBS, a falta de profissionais da medicina e enfermagem, a ausência de insumos e medicamentos, bem como pouca ou insuficiente oferta de educação permanente em saúde.

Tudo isso põe em questão a fragilidade da rede de atenção à saúde do município e reflete diretamente na superlotação do serviço de urgência e emergência hospitalar com demandas que deveriam ser atendidas em outros pontos de atenção. No entanto, a inserção do PRMAB como estratégia de Educação Permanente em Saúde no SUS no contexto dessa cidade no Seridó Potiguar, vem em contraponto a um modelo centrado na figura do médico. Ao inserir, anualmente, 22 profissionais da saúde de diversas categorias profissionais em diferentes espaços da rede de atenção primária, secundária e terciária do município, o programa traz uma possibilidade de mudança do modelo técnico assistencial, quebra de paradigmas, amplia a resolutividade da ESF e NASF na medida em que forma um novo perfil de profissional de saúde com base nos

princípios do SUS e voltado para as necessidades de saúde do usuário e da região, adquirindo competências para atuar em vários pontos da RAS.

A propósito, ressaltando o estreitamento entre o PRMAB e a Atenção Básica, a atuação como modelo da ESF e NASF e a importância do matriciamento, foi possível a terceira vertente de atuação dos (as) residentes no ACCR: o apoio matricial nas Unidades Básicas de Saúde do município. O apoio matricial é uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de equipes de saúde da família envolvidas na atenção às situações/problemas comuns de dado território junto a equipe de retaguarda especializada buscando a resolutividade e articulação pactuada de intervenções, levando em conta a clareza das responsabilizações comuns e as específicas das equipes (BRASIL, 2014).

Diante da possibilidade de identificar quais bairros apresentavam maior número de usuários (as) classificados (as) como verde e azul, a equipe de residentes foi até os territórios dialogar junto às equipes de saúde da família a justificativa para a elevada demanda no hospital, os impactos do ACCR na Atenção Básica e as estratégias que poderiam ser adotadas.

Nas discussões com as equipes de saúde, as principais justificativas para a alta demanda de verdes e azuis foram a distribuição de fichas de atendimento no início da semana e o trabalho com demanda agendada; a falta de profissionais médicos (as) em algumas unidades; a ausência de estrutura, materiais e/ou capacitação profissional para realização de procedimentos como retirada de pontos, aplicação de injetáveis e troca de sondas; a maior facilidade do (a) usuário (a) ao acesso de medicações injetáveis, exames laboratoriais e radiografia no hospital e o fato da localização geográfica de alguns usuários serem mais próxima ao HRSTFF do que a própria UBS de referência. No período de março a julho de 2019, só foi possível realizar o matriciamento com 7 das 24 equipes de saúde da família do município, no entanto, esses pontos foram de extrema relevância para a quarta frente de atuação da Residência: a Oficina de Acolhimento à Demanda Espontânea na Atenção Básica.

A Oficina para Implantação do Acolhimento à Demanda Espontânea na Atenção Básica do município de Caicó/RN foi realizada a partir de uma parceria entre a SMS e o HRSTFF e contou com apoio dos (as) residentes do PRMAB da EMCM/UFRN como facilitadores (as). Para abarcar todas 24 equipes de saúde

da família, zona urbana e rural, foram realizadas quatro oficinas cujo público alvo foi todos (as) os (as) profissionais das UBS. Desse modo, estavam presentes nas oficinas Auxiliares de Serviços Gerais, Recepcionistas, Administradores, Enfermeiros (as), Odontólogos (as), Médicos (as), Técnicos (as) de Enfermagem e de Saúde Bucal, bem como a Coordenadora de Atenção Básica de Caicó/RN, Equipe Técnica da SMS, Direção do HRSTFF e residentes. Ressalta-se que nem todas as unidades estavam presentes todos (as) esses (as) profissionais e, na maioria das equipes, os (as) médicos (as) não se faziam presentes.

A metodologia utilizada foi a seguinte: em um momento, no turno matutino, a explanação sobre os processos de trabalho, as dificuldades de acesso na Atenção Básica e a discussão entre as equipes sobre o acolhimento em suas UBS. No turno vespertino, foi realizada uma apresentação sobre o Acolhimento com a apresentação do fluxograma para o acolhimento à demanda espontânea proposto pelo Ministério da Saúde no caderno 28 da Atenção Básica. Posteriormente, as equipes de saúde da família se reuniam entre si para discutir questões sobre o tipo de modelagem do acolhimento, a avaliação de vulnerabilidades e a construção do fluxograma para acolhimento à demanda espontânea na unidade.

Nessas oficinas, foram levantados desafios que repercutem no acolhimento à demanda espontânea nas unidades. Além dos já mencionados nos momentos de matriciamento com residentes, os (as) profissionais de saúde do município apontaram o fato da direção de UBS ser assumida por cargos comissionados, muitas vezes sem conhecimento da Atenção Básica, a falta de ética profissional e responsabilidade nos serviços por parte de alguns profissionais e, conseqüentemente, a falta de sanções administrativas, a ausência de oferta de educação permanente e a precarização do trabalho expressa na falta de estrutura física, material, de recursos humanos e nas baixas remunerações. Apesar disso, a maioria das equipes se mostraram dispostas a acreditar nesse novo processo de reestruturação do atendimento na Atenção Básica caso houvesse a contrapartida necessária da gestão municipal.

Desse modo, os encaminhamentos da SMS apresentados na oficina foram: 1) Implantar o acolhimento à demanda espontânea nas UBS; 2) Instituir a reunião de equipe como espaço de planejamento e avaliação, sendo destinado pelo menos um turno por mês para as reuniões; 3) Qualificar profissionais para

procedimentos básicos de enfermagem em parceria com a UERN; 4) Formar equipes de matriciamento, compostas pela equipe técnica da SMS e NASF, nas quatro zonas da cidade com papel de participar das reuniões das equipes de saúde da família, promover salas de situação com essas, estimular e formular protocolos prioritários e eleger um (a) mobilizador (a) de cada equipe.

As oficinas foram bem avaliadas pelos (as) profissionais, os quais enxergaram como um primeiro passo para um processo de mudança e aproximação com a gestão municipal e o HRSTFF. Para mais, sugeriram o estabelecimento de prazos para a solução dos problemas e a criação de um NEP<sup>5</sup> no município para a continuidade de espaços como esse, bem como de capacitação profissional.

Ademais, as oficinas de acolhimento à demanda espontânea foram fundamentais por interferir e tencionar diretamente a gestão municipal e os (as) profissionais da rede acerca da organização e resolutividade da atenção básica e, conseqüentemente, diminuição da demanda classificada como verde e azul no HRSTFF.

## Considerações Finais

O Acolhimento com Classificação de Risco é um dispositivo utilizado para efetivação de mudanças no modelo técnico assistencial dos serviços de saúde. Na vivência no contexto da implantação do ACCR no HRSTFF, foi possível observar a contribuição dessa ferramenta para a organização dos fluxos internos da instituição e da rede de saúde do município de Caicó/RN, bem como para possibilitar um atendimento mais humanizado e pautado no princípio da equidade.

Esse processo contou com diversos atores e instituições, sendo o PRMAB protagonista em diversos aspectos a partir da atuação no acolhimento, levantamento, apoio matricial e oficinas de acolhimento a demanda espontânea. Com competências e habilidades técnica, ética, política e gerencial, a Residência pôde intervir em mudanças necessárias para efetivação do ACCR no serviço, na qualificação, aperfeiçoamento e educação permanente, bem como na interlocução com a atenção básica.

Diante da experiência descrita e de todo espaço aberto de diálogo e acolhimento disponibilizado pela unidade hospitalar ao PRMAB, destacam-se aprendizados na inserção da Residência na implantação do ACCR, tais como: a

<sup>5</sup> Destaca-se que a criação do NEP é uma pactuação desde dezembro de 2018. Inclusive, já houveram algumas reuniões com um coletivo composto por IES do município, no entanto, até então, não se concretizou.

compreensão de um novo ponto de atenção e novo cenário de prática, no qual foi possível materializar o ensino-aprendizagem no serviço; o desenvolvimento de habilidades e competências a partir do cotidiano da urgência e emergência, da troca de experiências nas relações profissionais-residentes-usuários, do matriciamento junto a atenção básica, das oficinas e da participação nas reuniões do colegiado gestor; o conhecimento no que tange a PNH, o acolhimento, a regionalização e gestão hospitalar; a adoção de um exercício profissional ainda mais humanizado, pautado na escuta das necessidades dos (as) usuários (as), na prática cada vez mais dialogada e na perspectiva de assegurar o princípio da equidade e viabilizar o acesso a informações e aos direitos.

Por fim, o sentimento de pertencimento enquanto residente multiprofissional em atenção básica, profissional de saúde em formação no SUS e para o SUS, participante e protagonista de um processo inovador na atenção terciária que transformou todo o contexto de saúde local.

## Referências

- BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 217-225, 2012.
- BRASIL. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Editora Ms, 2009. 56 p.
- BRASIL. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Editora MS, 2004b. 48 p.
- BRASIL. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Editora MS, 2004a. 20 p.
- BRASIL. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, 2005.
- BRASIL. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Volume 1. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39) Brasília: Editora MS, 2014. 116 p. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf). Acesso em: 20 set. 2019.
- BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Editora MS, 2018. 73 p.
- BRASIL. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília, 2013. 16 p. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 30 jun. 2019.

- CECCIM, R. B. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L.; (Org.). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 17-22.
- GODOI, V. C. G. *et al.* Acolhimento com classificação de risco: caracterização da demanda em unidade de pronto atendimento. **Cogitare Enferm.** v. 21, n. 3, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44664>. Acesso em: 02 set. 2019.
- GOYANNA, N. F. *et al.* Acolhimento com avaliação e classificação de risco: dos desafios às potencialidades. **Sanare**, Sobral, v. 13, n. 1, p. 119-124, 2014.
- HOSPITAL REGIONAL DO SERIDÓ. **Boletim informativo**: Acolhimento em números- seis meses de implantação. Caicó, set. 2019.
- EULÁLIO, M. de M. C. *et al.* Didatizando o gênero relato de experiência no Ensino Fundamental: reflexão sobre reescrita textual. **Revista Letras Raras**, v. 2, n. 2, p. 52-70, 2013.
- PAGLIOTTO, L. F. Classificação de risco em uma unidade de urgência e emergência do interior paulista. **Rev. CuidArte Enfermagem**, v. 2, n. 10, p. 148-155, 2016.
- SILVA, P. L. *et al.* Acolhimento com classificação de risco do serviço de Pronto-Socorro Adulto: satisfação do usuário. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 3, n. 50, p. 427-432, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt\\_0080-6234-reeusp-50-03-0427.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0427.pdf). Acesso em: 15 set. 2019.
- SOBREIRA, S. S. *et al.* Análise da percepção dos usuários sobre o acolhimento do setor de Urgência e Emergência em Hospital público no Sertão Paraibano. **Temas em Saúde**, v. 18, p. 346-365, 2018. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/09/18320.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

## CAPÍTULO 4

# PERDA GESTACIONAL E DESAFIOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL: RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM UM HOSPITAL NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE

Deyse Janiele Bernardo Oliveira

Liliane Pereira Braga

Frankly Eudes Sousa Martins

Adryele Gomes Maia

Verdande Trotskaya de Araújo Medeiros Hounkpe

### Introdução

No decorrer da vida, o ser humano é submetido a diversas perdas, e os impactos e significados são vivenciados e elaborados de forma subjetiva. A morte de um filho antes ou logo após o nascimento representa uma perda imensurável para os pais, principalmente para a mãe, uma vez que a mulher vivencia essa perda no seu próprio corpo, através da eliminação das características próprias da gravidez, como a extensão da barriga e realizações de procedimentos médicos (LEMOS; CUNHA, 2015).

A perda fetal é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), como a morte do produto da gestação antes da expulsão ou após a separação completa do corpo da mãe, independentemente do tempo de duração da gestação. Indica a efetivação do óbito a ausência de qualquer sinal de vida pelo feto, como por exemplo, batimentos cardíacos, movimentos musculares de contração voluntária ou pulsações do cordão umbilical (BRASIL, 2009; WHO, 2016).

De acordo com Santos (2015) existem controvérsias acerca dos conceitos relacionados com a perda gestacional, uma vez que são abordados de diferentes maneiras na literatura. Dito isto, o autor aborda a perda em suas diferentes nuances,

tais como o óbito fetal; o aborto espontâneo; a morte neonatal e perinatal e casos de perda por interrupção médica da gravidez, amparados pelo art. 128 do Código Penal, Decreto Lei 2848/40.

É importante destacar que a distinção entre óbitos fetais e abortos espontâneos, são realizados, segundo a OMS, de acordo com a idade gestacional, o peso ao nascer e a estatura do feto. Os óbitos fetais são aqueles que ocorrem a partir da 22ª semana completa de gestação ou quando o feto tem peso igual ou superior a 500g e/ou estatura a partir de 25 cm. Em contrapartida, a expulsão ou extração de um produto, apresentando ou não evidência de vida, com menos de 22 semanas de gestação, peso inferior a 500g ou estatura menor que 25 cm é considerado como abortamento (BRASIL, 2009; WHO, 2016).

A perda seja ela de qualquer ordem, gera no indivíduo o sentimento de luto, que em contextos como o da maternidade são frequentemente negados ou incompreendidos, por tratar-se de um ambiente que carrega, no imaginário social, uma concepção fortemente relacionada ao nascimento e início da vida (MUZA *et al.*, 2013).

O luto, ao longo do tempo, vem sendo abordado na literatura científica por diversos autores e em diferentes abordagens. Freud (1917), Bowlby (1990) e Kubler-Ross (1994) debatem o processo de luto através de fases ou estágios em que o indivíduo experimenta uma série de sentimentos e emoções, como negação, tristeza, raiva, depressão e aceitação em relação à sua perda.

A perda de um bebê, seja por aborto, morte fetal ou neonatal, pode resultar, de acordo com Kersting e Wagner (2012), em uma condição de luto complicado em diversas mulheres, marcada pelo desespero, dor, tristeza, inconformismo, desânimo e episódios recorrentes de choro. Silva, Carneiro e Zandonadi (2017) avaliam a perda como um evento traumático, podendo desencadear quadro de luto patológico nos indivíduos que não conseguem realizar a elaboração de forma efetiva.

As reações no geral são marcadas pelo intenso sofrimento, de forma que grande parte das mulheres vivencia o processo de envolver memórias do passado e futuro, especialmente nos casos em que a gestação é planejada, além de todos os sonhos, expectativas, esperanças e planejamentos organizados pelo casal (CASSIMIRO *et al.*, 2017; DUARTE; TURATO, 2009). Assim, a fragilidade emocional e física exige atenção, acolhimento e suporte por parte dos profissionais de saúde (NAZARÉ *et al.*, 2010).

Dessa forma, é importante que os profissionais de saúde estejam informados e preparados, de modo a prestar um suporte adequado, assistência satisfatória, humanizada e holística às mulheres mediante o diagnóstico de óbito fetal, compreendendo e demonstrando sensibilidade, empatia e respeito para com os familiares que vivenciam a perda. Dado o contexto, a assistência médica é imprescindível, bem como a psicológica e de toda a equipe multiprofissional, considerando a relevância da questão, que requer uma atuação centrada no acolhimento humanizado e integralidade do cuidado (SANTOS *et al.*, 2012).

Contudo, os profissionais de saúde podem esbarrar em dificuldades acerca da abordagem nos cuidados às pacientes em situação de perda gestacional, gerando a sensação de que os profissionais agem com frieza e indiferença, quando na verdade revelam seu despreparo ante ao enfrentamento do luto e sentimentos vivenciados por aqueles que sofrem com a perda (AOYAMA *et al.*, 2019).

Dentro dessa perspectiva, o atendimento hospitalar ofertado pela equipe multiprofissional de saúde ainda é visto de forma inadequada por alguns autores. Segundo pesquisa desenvolvida por Amthauer *et al.* (2012) com profissionais de saúde acerca do atendimento prestado a mulheres em situação de perda gestacional, os mesmos apontam dificuldade de aproximação, visto que se consideram inseguros para lidar com questões decorrentes do processo de luto e suas implicações emocionais. De acordo com Magalhães e Melo (2015) o despreparo da equipe em lidar com questões relacionadas à morte e luto, podem ser compreendidas como reflexos da formação acadêmica, que não prepara o profissional de saúde adequadamente para desenvolverem as habilidades necessárias ao manejo da situação.

Em consonância aos levantamentos literários supracitados, o presente estudo partiu das observações diretas da realidade do cotidiano de um hospital municipal de referência materno-infantil localizado na região do Seridó do Rio Grande do Norte. A problemática identificada refere-se às dificuldades e limitações vivenciadas pela equipe multiprofissional de saúde em cenários que abrangem o óbito gestacional, evidenciando a necessidade de proporcionar um espaço de aperfeiçoamento de práticas, levando em consideração a humanização no atendimento e abordagens cientificamente comprovadas, corroborando com os registros científicos encontrados a respeito e referenciados neste estudo.

Desse modo, faz-se necessário construir espaços que ampliem formulações teóricas sobre o tema, elaborem discussões, sugeriram modificações na forma de assistência, sendo possível, segundo Montero *et al.* (2011), através do desenvolvimento de momentos de formação profissional e elaboração de instrumentos assistenciais, tais como guias ou protocolos.

Nesse sentido, a educação em serviço pode ser compreendida como estratégia pertinente, uma vez que as necessidades de qualificação são identificadas a partir da problematização das realidades do cotidiano de trabalho por quem está inserido no serviço, ressignificando o contexto laboral com base na promoção de mudanças nos modos cotidianos de agir e produzir saúde (ADAMY *et al.*, 2018).

A educação permanente em saúde (EPS) como política pública do SUS tem se efetivado como uma estratégia necessária ao contexto hospitalar, uma vez que, baseia-se na reflexão e consciência crítica sobre a realidade dos serviços de saúde, possibilitando pensar na reestruturação de novas práticas de cuidado, a partir de discussões problematizadoras do processo de trabalho (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

Em virtude disso, o estudo objetivou relatar a capacitação dos profissionais de saúde do Hospital do Seridó, bem como dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil para qualificar o atendimento diante da perda gestacional, tendo em vista a compreensão dos profissionais de saúde a respeito do significado de luto e seu processo de enfrentamento, além da promoção de práticas humanizadas na assistência às mulheres em situação de perda gestacional e preparação dos profissionais e residentes para multiplicar com futuros residentes e membros da equipe os conhecimentos gerados na ação de formação.

Cabe ressaltar que o presente estudo pontua acerca das teorias psicológicas da gravidez diante da perda gestacional considerando as situações em que a gravidez é desejada e aceita pela mulher, não abordando questões referentes a gravidez não desejada ou aborto provocado. Ainda, cabe ressaltar a importância de trabalhos posteriores que incluam as diretrizes para a atuação do profissional de saúde nos casos supramencionados, possibilitando a ampliação do presente estudo e novas percepções e modos de agir diante da temática.

## Metodologia

Trata-se de um relato descritivo sobre uma intervenção de educação permanente no tocante aos cuidados e assistência ofertada às mulheres em situação de perda gestacional.

O cenário de estudo foi o Hospital do Seridó, situado na cidade de Caicó, estado do Rio Grande do Norte, inaugurado em 07 de agosto de 1926 e configurando-se até os dias atuais como referência em saúde materno infantil para a microrregião do Seridó do RN.

Segundo dados publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no último censo realizado em 2010, o município de Caicó possuía população correspondente a 62.709 habitantes e estimou-se uma população de 67.554 habitantes para o ano de 2018. Ainda, de acordo com o IBGE, é importante ressaltar que a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 10,20 óbitos para 1.000 nascidos vivos, comparado com todos os municípios do estado, Caicó encontra-se na posição 84 de 167 (IBGE, 2010).

O hospital encontra-se sob gestão do município e atende usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de Caicó e dos demais municípios circunvizinhos e presta serviços de obstetrícia, pediátricos, clínica médica e cirúrgica. Consta com 65 leitos no seu total, 15 deles destinados à obstetrícia, 12 leitos pediátricos, 25 atribuídos às clínicas médica e cirúrgica, 3 destinados a observação e 10 leitos na ala dos apartamentos.

A oficina de capacitação realizada com a equipe de profissionais de saúde e da residência, foi fundamentada à luz dos pressupostos teóricos da Psicologia da Gravidez, parto e do puerpério e com base nos princípios e diretrizes preconizados pela Política Nacional de Humanização (PNH), com o objetivo de construir espaços coletivos de debates, trocas de saberes, discussão, reflexão e avaliação do processo de trabalho no próprio serviço, visando o delineamento de novos modos de produção do cuidado diante da aprendizagem efetiva e significativa acerca dos processos que envolvem a perda gestacional.

Sob este prisma, constatou-se a necessidade de refletir a educação em saúde como estratégia de criação e manutenção de espaços de educação permanente no referido serviço, uma vez que as ações de EPS são capazes de estimular o

incremento de intervenções no cotidiano laboral com base na problematização da realidade, proporcionando mudanças no processo de trabalho da equipe multiprofissional de saúde, facilitando na busca por soluções de encontros e limitações encontrados no contexto hospitalar e na incorporação de práticas coerentes e eficazes (BRASIL, 2014).

Dito isto, a capacitação ocorreu no Hospital do Seridó com os profissionais lotados no serviço e residentes do programa de residência multiprofissional em saúde materno-infantil, que atuam diretamente na atenção à gestante, puérpera e recém-nascido, cuja intervenção foi autorizada pela Direção Geral do hospital mediante carta de anuência.

Ademais, como produto gerado pelo presente estudo, foi elaborado um material educativo, em formato de guia prático, com o objetivo de auxiliar os profissionais de saúde no acolhimento e cuidados às mulheres e familiares após a perda gestacional no contexto da maternidade do Hospital do Seridó.

Os conteúdos incluídos no guia foram selecionados pela equipe de estudo e buscou-se priorizar as informações mais relevantes sobre a temática. O texto foi abordado de forma concisa e com linguagem acessível à todas as categorias profissionais, facilitando assim, a leitura e apreensão do conteúdo. O material foi dividido por conteúdos pertinentes à temática da perda gestacional e com seções previamente sinalizados no início de cada página.

Como instrumento de coletas de dados utilizou-se o diário de campo, que segundo Gil (2008) trata-se de uma ferramenta complexa de anotações, comentários e reflexões, que permite o registro de informações observadas do grupo ou ambiente estudado. Os dados acerca das observações sobre a interação dos participantes ao longo da formação foram registrados no diário de campo e analisados pela pesquisadora como forma de avaliação das metodologias utilizadas no curso de capacitação. A discussão foi realizada à luz dos referenciais teóricos encontrados sobre a temática na literatura científica.

### **Residência multiprofissional em saúde e educação permanente**

O curso de capacitação aos profissionais sobre o acolhimento às mulheres e familiares em situação de perda gestacional ocorreu no dia 06 de novembro de

2019, no turno vespertino, na sala de reunião do Hospital do Seridó. O curso obteve um número de 20 participantes, sendo estes residentes e profissionais do referido hospital de diferentes categorias, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos e nutricionista.

Do total de 20 participantes, verificou-se que 15 eram residentes do programa de residência multiprofissional em saúde materno-infantil, subdivididos em 7 residentes do primeiro ano e 8 do segundo ano, e mais 5 participantes pertencentes a grade de profissionais efetivos do Hospital do Seridó. O curso teve duração de duas horas e foi estruturado a partir de momentos teóricos e vivenciais, a fim de alcançar maior proximidade da temática em questão. Destaca-se, em um número considerável, a participação dos residentes do programa de residência multiprofissional em saúde, pensando nestes como possíveis agentes multiplicadores, apoiadores e articuladores da criação e manutenção de espaços de educação permanente em saúde no cenário materno-infantil do Seridó Potiguar.

Todavia, como limitação observada, ressalta-se o número reduzido dos profissionais lotados no serviço ao comparar com o alto número de residentes e ausência da figura médica. A dificuldade de adesão desses profissionais pode ser interpretada pela própria dinâmica hospitalar que impossibilita a saída dos setores, assim como a pouca implicação dos profissionais com ações e atividades articuladas pelo programa de residência.

### **Descrição do curso de capacitação**

O primeiro momento deu-se com a apresentação geral do projeto, seus objetivos e justificativas para a realização do curso. Em seguida, como proposta de sensibilização ao tema, foi exibido um curta metragem intitulado de “Farewell - (Despedida)”, uma animação francesa que teve estreia no Brasil em 2017 e conta a história de uma jovem artista que vivenciou uma perda gestacional e como a inesperada chegada de um pássaro proporcionará um novo sentido a esse momento. Após a exibição do curta, foi realizado um momento de discussão, reflexão, levantamento das expectativas acerca do tema e compartilhamento de possíveis situações vivenciadas no contexto de trabalho.

Logo após o momento supracitado, foram apresentados os conteúdos programados do curso e deu-se início a parte teórica com a apresentação da definição



de perda fetal e tipos de perdas à luz das definições propostas pela OMS, conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (BRASIL, 2009; WHO, 2016), conceito de luto e as fases vivencias do luto (BOWLBY, 1990) e dados estatísticos referentes a perdas gestacionais registrado no Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde (DataSUS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), tendo em vista que o Hospital do Seridó é referência em obstetrícia e torna-se fundamental a compreensão dos assuntos abordados pelos profissionais, posto que vivenciam cotidianamente situações de perdas que requerem a clareza dos conhecimentos teóricos e práticos.

Dando seguimento, utilizou-se uma dinâmica antes de explicar e debater a empatia, objetivando facilitar a compreensão e a discussão sobre o seu conceito os desafios de colocá-la em prática. A aplicação da atividade teve o propósito de proporcionar que os profissionais praticassem a capacidade de colocar-se no lugar do outro, buscando entendê-lo emocionalmente e visualizasse sua importância no contexto hospitalar e de saúde, sobretudo nas suas práticas assistenciais às mulheres e seus familiares em processo de luto e perda.

Na dinâmica em questão, os participantes escreveram em uma folha de papel seu nome/apelido, estado civil, seu cargo/função e suas atividades de interesses/hobbies. Em seguida, os papéis foram recolhidos e redistribuídos para o grupo de forma que todos os participantes recebessem um papel de um outro. Desse modo, amparados pelas informações que constavam, cada participante teve que se imaginar sendo esta pessoa e relatar como/onde estaria daqui há 5 anos.

Seguidamente, com o objetivo de facilitar e contribuir no aprendizado dos participantes, utilizou-se da simulação como estratégia de aprendizagem. O Debriefing refere-se a uma ferramenta educacional que visa provocar a discussão e reflexão sobre determinada situação ou cenário através da utilização da simulação de um evento, proporcionando o processo de feedback e possibilitando esclarecimentos, orientações e mudanças no cenário de prática (SOUZA *et al.*, 2017).

Nesse sentido, foi realizada a leitura de um caso previamente elaborado pela condutora do curso baseado em um caso real vivenciado no Hospital do Seridó. Solicitou-se inicialmente de 3 a 4 voluntários para participar da demonstração e organizou-se um espaço na sala para realizar a encenação. A cena demandava que a equipe de saúde realizasse o acolhimento e comunicação do óbito do bebê para

os familiares. Quatro pessoas se colocaram como voluntários e organizaram-se livremente na escolha e elaboração dos seus papéis, resultando em: mãe do bebê, acompanhante e profissionais de saúde.

A cena iniciou com os dois profissionais de saúde abordando a acompanhante e desenvolvendo um acolhimento e preparação com a mesma antes de comunicar o óbito à mãe do bebê. Em seguida, os mesmos vão em direção à mãe, se apresentam como profissionais de saúde do hospital, sem especificar nome e função. A comunicação iniciou com o esclarecimento do quadro do bebê, as intervenções e intercorrências, bem como informações referentes a dificuldade no processo de obtenção da vaga para transferência. Dada a notícia, a mãe mostrou-se abalada e questiona sobre seu bebê. Os profissionais perguntam se ela gostaria de ver o bebê e oferta apoio, caso necessitem, e enfim, se identificam como residentes do programa materno infantil e deixam-se disponíveis para futuros esclarecimentos. A mãe de prontidão questiona sobre a presença do médico e relata que gostaria de tê-lo seu filho por perto. A equipe se prontifica em buscar o bebê, encerrando a cena.

Os demais participantes do curso foram instruídos a observarem atentamente a cena e identificarem possíveis acertos e possíveis erros. Ao término da demonstração, proporcionou-se um momento de discussão, com exposição das observações e opiniões sobre a encenação e as condutas tomadas pelos participantes da atividade.

Este momento oportunizou aproximar o diálogo acerca da prática efetiva em casos de perdas gestacionais, logo, foram apresentadas dicas práticas para um cuidado humanizado nesse tipo de situação, tendo como principal referencial Salgado e Polido (2018) e Hunter (2016) que abordam em suas obras perspectivas e estratégias de cuidados aos profissionais de saúde que sentem-se inseguros ou limitados no manejo a pacientes em situação de perda gestacional, com o objetivo de qualificar esses profissionais acerca do acolhimento humanizado e na implementação de novas práticas de cuidados baseadas em evidências.

Nesse momento, foram abordadas questões relacionadas a comunicação verbal e não verbal, retratando sua importância em todo o processo assistencial, desde o acolhimento inicial até o instante que precede a alta hospitalar. Na ocasião, discutiu-se de forma expositiva e dialogada, proporcionando a participação ativa com compartilhamento de experiências e conhecimentos dos envolvidos sobre a temática.

De forma sistematizada, foi apresentado parte do guia prático estruturado, abrangendo dicas práticas para estabelecer um acolhimento efetivo aos pais enlutados, atentando-se a questões importantes acerca da comunicação, como linguagens corporais, linguagem acessível e apropriada, saber ouvir, apoiar e respeitar seus sentimentos e emoções, responder de forma flexível e sensível a necessidade e desejo individual de cada sujeito, fornecer informações claras, precisas e honestas e evitar eufemismo ou qualquer tipo de expressão que menospreze e invalide a perda e o sofrimento dos pais (HUNTER, 2016; ROCHA, 2016; SALGADO; POLIDO, 2018).

Entender o processo de comunicação como um dos componentes principais para alcançar um atendimento eficaz torna-se fundamental ao profissional de saúde. O estabelecimento de uma boa comunicação aproxima a equipe dos pais e os ajudam a sentirem-se cuidados e apoiados durante a experiência da perda, contribuindo positivamente no bem-estar psicoemocional dos familiares (DOWNE *et al.*, 2013; HUNTER, 2016; LEMOS; CUNHA, 2015).

Os cuidados e condutas a serem tomadas pela equipe após a comunicação da morte do bebê, durante o processo de trabalho de parto e sobretudo após o nascimento do bebê também foram elementos discutidos durante o curso, de modo que promovesse na equipe a reflexão e incorporação de novas práticas de cuidado em seu cotidiano de trabalho. É necessário fomentar discussão sobre o aprimoramento da assistência às mulheres que sofrem a perda, haja visto que estudos como o de Lemos e Cunha (2015) ressaltam a importância dos profissionais de saúde ofertarem um cuidado holístico, respeitoso e equânime, além de serem capazes de corresponder adequadamente as demandas físicas, sociais e emocionais dos familiares, oferecendo um suporte e atenção integral e de qualidade.

Além disso, fez-se necessário debater sobre a oferta de um trabalho de parto digno à mulher em situação de perda gestacional e a importância de assegurar o direito dos pais expressarem seus desejos e escolhas diante da morte do filho e dos procedimentos a serem realizados. Ainda, compreender o significado da perda para os envolvidos, a necessidade de oportunizar momentos de contato visual e físico dos familiares com o bebê e construir lembranças favorece para que o processo de luto seja efetivamente vivenciado (HUNTER, 2016; SALGADO; POLIDO, 2018).

A última dinâmica do curso, intitulada de “Desconstruindo certos discursos” foi formulada com o objetivo de sensibilizar os participantes acerca de determinadas

falas proferidas frequentemente por profissionais de saúde aos familiares em situação de perda e que de acordo com a literatura científica, subestima e descaracteriza a dor e a perda, causando impactos negativos nas mães que vivenciam o luto pela morte de seu filho (LEMOS; CUNHA, 2015; IACONELLI, 2007).

A atividade iniciou-se com a distribuição de balões/bexigas que continham em cada um deles uma frase. Cada participante, um por vez, realizou a leitura da frase em voz alta e em seguida, apresentou sua opinião ou uma possível reformulação mais adequada da mesma. Dentre as frases, podemos destacar as seguintes: “Foi melhor assim, o bebê poderia nascer com algum problema”, “Calma, você é nova, logo terá outro filho”, “Deus quis assim, não era para ser seu”, “Ainda bem que foi logo no começo da gravidez, você não sofrerá tanto”, “Melhor não ver seu filho morto para não guardar essa imagem”, entre outras expressões que negam e deslegitima o sofrimento dos pais.

Para finalizar o curso, os participantes realizaram uma avaliação 360°, nos quais os envolvidos deram sua opinião acerca do curso, sobre sua própria participação no curso e a participação dos demais no curso. A avaliação 360° ou método feedback 360° é uma ferramenta de avaliação frequentemente utilizada na área de gestão de pessoas, porém autores como Llapa-Rodriguez *et al.* (2015) vêm implementando-a nos contextos de saúde, oportunizando o profissional auto avaliar-se e avaliar os demais participantes, podendo identificar possíveis potencialidades e fragilidades e fornecer informações e feedbacks sobre os avaliados.

Ainda, para cumprir os objetivos desse estudo, foi construído um material teórico em formato de guia prático para orientar os profissionais do Hospital do Seridó acerca do acolhimento aos familiares que encontram-se em situação de perda gestacional. O instrumento foi elaborado a partir de referenciais teóricos também utilizados durante o curso de capacitação e supracitados nessa seção, e aborda temáticas referentes a perda gestacional, luto e dicas práticas para um cuidado humanizado. A proposta é que cada setor do hospital que lida diretamente com essa demanda tenha um exemplar fixo, para servir como material de apoio em casos de dúvidas e limitações encontradas pela equipe, assim como, reflexão e adoção de novas condutas e formas de cuidados efetivas.

## Discussão da metodologia adotada no curso de formação

De modo geral, a participação dos envolvidos no curso de formação foi bastante relevante, considerando que estiveram envolvidos ativamente em todos os momentos supramencionados. Dito isto, no momento da exibição do curta metragem “Farewell” os participantes demonstraram-se concentrados e envolvidos com o vídeo. Durante a discussão, levantaram-se questões relacionadas ao processo de enfrentamento do luto e as implicações emocionais da perda para a família, a importância do suporte e cuidado nessa situação e possíveis fatores que explicam as limitações dos profissionais de saúde com a temática.

Compreende-se assim, que a exibição inicial do vídeo atingiu seu principal objetivo, que foi sensibilizar e ofertar a interação entre os participantes e proximidade com o tema, através da exposição de opiniões, levantamentos de expectativas e compartilhamento de experiências, ressaltando, segundo Salgado e Polido (2018), a importância de não se esquivar e proporcionar ambientes que oportunizem proximidade com questões tabus, como a morte, perda e luto para desenvolver melhor compreensão acerca do tema e ofertar uma assistência digna, respeitosa e humanizada aos familiares enlutados.

Outras reações relevantes puderam ser observadas durante a realização da dinâmica para refletir com relação a empatia, onde todos participaram ativamente. O momento foi leve, criativo, respeitoso e, sobretudo, empático, visto que notou-se a preocupação de cada participante em colocar-se no lugar do outro profissional, imaginar e sentir como seu colega de trabalho gostaria de estar daqui há 5 anos. A discussão a respeito da empatia pautada no contexto das perdas gestacionais levou os participantes a refletirem a importância de perceber a realidade de cada sujeito, de buscar pela necessidade do outro, de ouvir atentamente o que o outro tem a falar, de ser empático.

Em relação ao *Debriefing* ou a aprendizagem por meio da experiência, pode-se afirmar que este tenha sido o ponto crucial do curso. Os participantes que se voluntariaram puderam vivenciar um caso de forma realística, através de uma simulação de um acolhimento e comunicação do óbito de um bebê aos seus familiares pela equipe de saúde.

A escolha da atividade de aprendizagem com base na demonstração no contexto da saúde configurou-se relevante nesse momento, visto que oportunizou

a aproximação com a temática baseado no exercício prático da situação. Como Souza *et al.* (2017) apontam em seu estudo, a importância da utilização da simulação aos profissionais de saúde é indiscutível, pois a atividade oportuniza a autocrítica acerca de condutas e atitudes tomadas durante a atividade, a partir da identificação, avaliação e aprimoramento de competências e habilidades.

A discussão oportunizou *feedback* aos envolvidos através da exposição de possíveis erros e acertos observados na cena pelos demais participantes do curso. A realização de um feedback após a simulação é considerada uma etapa fundamental nesse processo e um momento imprescindível para obtenção da aprendizagem a partir da reflexão, adequação e incorporação de mudanças no contexto da prática hospitalar, como nos evidencia Souza *et al.* (2017) em sua pesquisa com estudantes de enfermagem.

A não identificação dos profissionais ao abordarem os familiares e a ausência da figura médica na comunicação do óbito foram alguns possíveis erros observados e discutidos pelos participantes. Hunter (2016) aborda em seu guia que uma boa comunicação com pais enlutados é constituída por diversos fatores, sendo importante atentar-se aos detalhes que muitas vezes passam despercebidos pela equipe de saúde, como a identificação por nome e função.

Em contrapartida, a comunicação realizada em equipe, a preparação prévia dos envolvidos antes de comunicar a notícia e a explicação de forma clara sobre toda a situação aos familiares foram observados como possíveis acertos e corrobora com o estudo de Rocha (2016), em que estabelece a importância da participação da equipe multidisciplinar no processo de comunicação do óbito fetal, uma vez que o diagnóstico é efetuado pelo médico, contudo os cuidados ofertados são de responsabilidades de toda a equipe de saúde.

A avaliação final realizada com os profissionais de saúde constatou a relevância em debater a temática e evidenciou a necessidade em desenvolver mais espaços de discussão no ambiente de trabalho, indo de acordo com os estudos que destacam a necessidade em capacitar a equipe de saúde e criar ambientes de diálogos e formação no dia-a-dia da maternidade e contexto hospitalar (MONTERO *et al.*, 2011).

Dito isto, pensando na importância da qualificação profissional acerca da assistência aos familiares enlutados, além do desenvolvimento do curso de capacitação, entende-se que a estruturação do guia prático de acolhimento voltado

aos profissionais tornou-se uma estratégia assertiva, visto que oportunizará uma maior intimidade com a temática para aqueles profissionais da equipe que não vivenciaram o momento de formação.

## Considerações Finais

Com base no desenvolvimento da formação aos profissionais de saúde no serviço, pôde-se constatar que alcançou-se os efeitos almejados, tendo em vista a relevância da temática atribuídas pelos próprios participantes e o envolvimento ativo dos profissionais em todas as etapas do curso. Ter oportunizado essa reflexão aos trabalhadores sobre suas condutas ante a perda e luto, sensibiliza e motiva a produção de experiências e a participação crítica e ativa dos envolvidos na estruturação de novas formas de cuidados na instituição.

Com a estruturação do guia prático, acredita-se que os demais profissionais que compõem a equipe multiprofissional do Hospital do Seridó poderão aproximar-se da temática de forma prática, facilitando na incorporação de novas abordagens humanizadas na assistência à mulher em situação de perda gestacional. Ademais, pode-se inferir sobre a importância de estudos adicionais sobre a temática, com a possibilidade de ações com novos formatos, conteúdos e sentindo, a fim de promover a estruturação de futuros planos interventivos no tocante à assistência dos profissionais de saúde ante a perda gestacional, como os protocolos assistenciais, contribuindo assim para o avanço e melhoria da qualidade do cuidado e efetivação das práticas nos serviços hospitalares e de saúde.

## Referências

- ADAMY, E. K. *et al.* Tecendo a educação permanente em saúde no contexto hospitalar: Relato de experiência. **Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro**, v. 7, p.1-8, 2018.
- AGUIAR, C. H.; ZURNIG, S. **Luto fetal: a interrupção de uma promessa**. São Paulo. Editora: Estilo clínica, v. 21, n. 2, 2016.
- AMTHAUER, C. *et al.* Práticas assistenciais na perda gestacional: vozes de profissionais de saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 81-88, 2012.
- AOYAMA, E. A. *et al.* A importância do profissional de enfermagem qualificado para detecção da depressão gestacional/The importance of the qualified nursing professional for detection of gestational. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 1, p. 177-184, jan./fev., 2019.
- BOWLBY, J. **Apego e perda**. A natureza do vínculo (Álvaro Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes, 1990.

- BRASIL, Ministério da Saúde. DataSUS. Óbitos fetais. Brasília, DF, 2017, citado 02 nov. 2019. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6941&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sim/cnv/fet10>. Acesso em: 2 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. **Normas e Manuais Técnicos**, 2. ed., Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. 1. ed., Brasília, 2014.
- CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R.; SILVA, K. L. Permanent professional education in healthcare services. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 21, n. 4, p.1-10, 2017.
- CASSIMIRO, P. S. *et al.* Reincidência gestacional entre adolescentes no município de Nova Serrana-MG. **Revista Conexão Ciência Online**. Minas Gerais, v. 12, n. 3, p. 76-85, 2017.
- DOWNE, S. *et al.* **Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals**: a qualitative interview study. **BMJ Open** 3: e002237, 2013.
- DUARTE, C. A. M.; TURATO, E. R. Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: uma revisão. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 3, p. 485-490, 2009.
- FREUD, S. Luto e Melancolia, 1917. In: FREUD, S. **A história do Movimento Psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos (1914- 1916)**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. 14, Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 245-263.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. Rev. Atlas, São Paulo, v. 6, p. 220, 2008.
- HUNTER, A. Pregnancy loss and the death of a baby: guidelines for professionals. 4 ed. Reino Unido: Tantamount, 2016. 487 p. Baseado no texto original de: Judith Schott, Alix Henley e Nancy Kohner.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico do Brasil**, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/caico/panorama>. Acesso em: 2 nov. 2019.
- IACONELLI, V. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 614-623, dez. 2007.
- KERSTING, A.; WAGNER, B. Complicated grief after perinatal loss. **Dialogues in clinical neuroscience**, v. 14, n. 2, p. 187-194, 2012.
- KUBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. 6ª Edição. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- LEMONS, L. F. S.; CUNHA, A. C. B. Concepções Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 4, p.1120-1138, 2015.
- LLAPA-RODRIGUEZ, E. O. *et al.* Avaliação da liderança dos enfermeiros por auxiliares e técnicos de enfermagem segundo o método 360°. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 39, n. 4, p.29-36, dez. 2015.
- MAGALHÃES, M.; MELO, S. Morte e Luto: o sofrimento do profissional da saúde. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 1, n. 1, p. 65-77, 11 abr. 2015.
- MONTERO, S. M. P. *et al.* A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 6, p. 1-8, 2011.
- MUZA, J. C. *et al.* Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda

- perinatal. **Revista de Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 3, n. 15, p. 34-48, dez. 2013.
- NAZARÉ, B. *et al.* Avaliação e intervenção psicológica na perda gestacional. **Perita – Revista Portuguesa de Psicologia**, v. 3, p. 37-46, 2010.
- ROCHA, L. **Cuidados à mulher que vivencia o óbito fetal: Um desafio para equipe de enfermagem**. 2016. 172 f. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.
- SALGADO, H. O.; POLIDO, C. A. Como lidar com o luto perinatal: Acolhimento em situações de perda gestacional e neonatal. São Paulo: Ema livros, 2018. 127p.
- SANTOS, D. P. B. D. **A elaboração do luto materno na perda gestacional**. 2015. 56 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica, Universidade de Lisboa, S/c, 2015.
- SANTOS, C. S. *et al.* Percepções de enfermeiras sobre a assistência prestada a mulheres diante do óbito fetal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 277-284, 2012.
- SILVA, S.; CARNEIRO, M. I. P.; ZANDONADI, A. C. O luto patológico e a atuação do psicólogo sob o enfoque da psicoterapia dinâmica breve. **Revista Farol**, v. 3, n. 3, p. 142-157, 2017.
- SOUZA, J. M. O. *et al.* Debriefing como ferramenta de avaliação qualitativa no ensino simulado. **Investigação Qualitativa em Saúde**, [s.l.], v. 2, p. 841-848, 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 10ª revision. 5 ed. Geneva: WHO, 2016.

## CAPÍTULO 5

### A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA E DA GESTÃO EM SAÚDE

Jessica Keicyane Silva de Lima  
Diego Bonfada  
Jéssica Soares da Rocha  
Úrsula Costa  
Jordelle Mirelle Da Costa Lima Lócio

#### Introdução

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é reconhecida como modalidade de ensino pós-graduação *lato sensu*. Na qual, nasceu a partir da regulamentação pela Lei nº 11.129 de 2005, como uma proposta financiada pelo Ministério da saúde (MS) juntamente com o Ministério da Educação (MEC), que incorpora o ensino em serviço na formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA, 2018).

Conforme Mendes (2013), a residência pode ser uma importante ferramenta de formação, ao propor práticas voltadas as necessidades de saúde com foco na interdisciplinaridade e integralidade, além de uma proposta de trabalho coletivo que reflita sobre o cotidiano de execução do SUS, compromissada em uma gestão democrática.

Neste sentido, a Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM) tendo a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) como instituição formadora, insere a Residência Multiprofissional em Atenção Básica, na região do Seridó Potiguar, nos municípios de Caicó e Currais Novos, como produto da necessidade de proporcionar uma vivência interprofissional profunda na realidade do SUS e fortalecimento do mesmo nesta região, bem como promover uma qualificação profissional voltada para assistência, gestão e estruturação

da rede de atenção à saúde, no âmbito da Atenção Básica (AB) (OLIVEIRA E OLIVEIRA; MELO; PINTO, 2015).

É nesta perspectiva que a residência adentra a cidade de Currais Novos, no ano de 2016, com a oferta de 22 vagas anuais para dez categorias profissionais (Enfermagem, Odontologia, Fonoaudiologia, Assistência Social, Educação Física, Medicina Veterinária, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia e Farmácia) na AB, para a construção de novos paradigmas de assistência à saúde e para a ampliação da resolutividade da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (OLIVEIRA E OLIVEIRA; MELO; PINTO, 2015).

Desta forma, de acordo com a Portaria nº 2.488/2011 “a AB é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos” (BRASIL, 2011). Sendo assim, cenário fundamental para a formação do residente, no qual irá desenvolver conhecimentos e habilidades buscando a reorganização do território e de seu processo de trabalho mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde.

Portanto, partindo da atuação de uma equipe de residentes do segundo ano de formação, alocados na Secretaria de Saúde, especificamente na gestão da AB, surgiu a necessidade de reorganizar o território da ESF, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Uma vez que, o município mesmo apresentando uma cobertura de 100% da ESF (E-GESTOR AB, 2019) continha na realidade áreas descobertas pela equipe, dessa forma não recebiam a visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS), por exemplo.

Nesse sentido a PNAB passa a definir o número de ACS conforme base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. E recomenda a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS, em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social (BRASIL, 2017).

Dessa maneira, tendo em vista a importância da cobertura integral do território pelas ESF, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência da Residência Multiprofissional na Gestão em Saúde como estratégia de fortalecimento da AB, a partir da identificação do perfil dos ACS da ESF da zona urbana do município de Currais Novos/RN, bem como o remapeamento das áreas de cobertura das ESF.

Esta intervenção se mostra relevante para compreensão do território adscrito das UBS e de sua responsabilidade no processo de trabalho das equipes, visto que tem inerente relação com as necessidades de saúde e dinâmica social da comunidade. Ademais, este estudo estimula o aumento da cobertura (cadastro) da população e serve como passo inicial para o investimento, por parte dos gestores, em recursos tecnológicos e educacionais para a otimização do trabalho dos ACS. Além de ser uma experiência enriquecedora na formação do profissional residente ao promover o desenvolvimento de capacidades colaborativas e interprofissionais no âmbito da Gestão em Saúde na Atenção Básica de Saúde.

## Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, de uma intervenção que emerge espontânea e contingencialmente na prática profissional da Residência Multiprofissional em Atenção Básica da EMCM/UFRN juntamente com a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Currais Novos/RN no período de abril a junho de 2019.

Uma equipe de residentes multiprofissionais durante o rodízio na gestão da atenção básica, do município em questão, identificou a necessidade de reorganizar o território da ESF, a partir de uma demanda da Coordenadora da AB sobre a necessidade de atualização dos dados dos ACS na SMS e presença de áreas do território desassistidas pelas Unidades Básicas Saúde (UBS). Para isso, foi pensado em um instrumento, para fins de gestão, a ser aplicado com 72 ACS, que compõem as 14 equipes da ESF, de 11 UBS da zona urbana do município, na quais apresentavam cerca de 5 ACS/equipe. Foi aplicado questionário semiestruturado para coleta de dados, contendo informações sociodemográficas (sexo e idade), relacionadas ao trabalho (unidade de lotação, tempo de atuação, nome de ruas, número de famílias e pessoas assistidas) e quanto formação profissional (curso introdutório para ACS, atualização e interesse por capacitações).

Em seguida, organizou-se um planejamento de ações com as seguintes etapas:

- a) Marcação prévia da entrevista pela coordenadora de AB, por meio do envio de ofícios para cada coordenador responsável pelas UBS;
- b) Cronograma de visitas as UBS e aplicação de questionário junto ao

- ACS;
- c) Tabulação e consolidação dos dados coletados e transformação desses em informações úteis para o seguimento do processo de reorganização;
  - d) Análise da quantidade de pessoas por ACS conforme PNAB e comparação das ruas com os mapas das UBS;
  - e) Construção de relatório a partir da análise de dados;
  - f) Marcação da apresentação do diagnóstico de cobertura para as enfermeiras, gerentes de cada UBS, e para a coordenadora da AB;
  - g) Apresentação em reunião da coordenação da AB com a equipe de enfermeiras do município e definição de estratégia para resolução das fragilidades identificadas.
  - h) Realização de reuniões focais de periodicidade semanal, com a finalidade de redistribuição da quantidade de pessoas entre as UBS e cobertura de áreas desassistidas pela equipe da ESF. Nas quais tiveram a presença dos residentes multiprofissionais, da coordenação da AB e das enfermeiras selecionadas através do critério de proximidade territorial entre as UBS e agrupadas em 4 grupos. Ao término das reuniões, as enfermeiras tinham o compromisso de se reunir com os ACS para relatar as mudanças e realizar a distribuição das pessoas mais equânime entre eles.
  - i) Reunião final com a coordenação da AB e as 13 enfermeiras participantes e apresentação do resultado do remapeamento da ESF pelos residentes multiprofissionais.

### Caracterização demográfica dos agentes comunitários de saúde

Os ACS foram escolhidos para este trabalho por constituírem uma ferramenta fundamental para a efetivação do trabalho da ESF, por meio da aproximação destes com a equipe de saúde e a comunidade, e também por sua bagagem de conhecimentos em saúde, na qual integra o saber técnico e o saber popular (PEDRAZA; SANTOS, 2017).

Com relação ao perfil demográfico dos ACS, a Tabela 1 demonstra os resultados descritivos (medidas de frequência absoluta e frequência relativa)

obtidos quanto às seguintes variáveis: sexo, faixa etária, anos de atuação profissional, presença de curso introdutório para formação, atualização profissional e interesse por capacitação.

**Tabela 1.** Perfil demográfico dos Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia Saúde da Família da zona urbana de Currais Novos (n=72).

Variável	Categorias	ACS pesquisados	
		F	%
Sexo	Feminino	63	90,0
	Masculino	9	10,0
Faixa etária	20 a 39 anos	28	38,9
	40 a 59 anos	42	58,3
	Não informado	2	2,8
Anos de atuação profissional	3 a 5 anos	29	40,3
	6 a 10 anos	16	22,2
	16 a 20 anos	15	20,8
	21 a 27 anos	12	16,7
Curso de formação para ACS	Sim	37	51,4
	Não	35	48,6
Atualização profissional	Sim	54	75,0
	Não	18	25,0
Interesse por capacitação	Sim	69	95,8
	Não	3	4,2

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde e Residência Multiprofissional EMCM, 2019.

Conforme os dados apresentados na Tabela 1, na variável sexo, as mulheres obtiveram maior destaque com 90% em relação aos homens com 10%, confirmando assim, a tendência constatada em vários estudos sobre a feminização no campo da saúde, que supostamente, se dá ao fato do cuidado de saúde ser comumente desempenhado pela mulher, conferindo a predominância do papel de trabalhadora e usuária no SUS (FREITAS *et al.*, 2015; PEDRAZA; SANTOS, 2017).

Em referência à variável faixa etária, o resultado obtido oscilou entre 27 a 58 anos (média = 42), com o maior número de agentes situados entre a faixa etária de 40 a 59 anos (58,3%), o que denota que a maioria dos ACS são

adultos maduros, conferindo a estes os elementos da fase, a produtividade, o trabalho e a estabilidade (BARROS, 2009). Neste ensejo, estudos acreditam que ACS com mais idade tem melhor conhecimento e experiência com a comunidade, além de vínculo mais consolidado (FERRAZ; AERTS, 2005; PEDRAZA; SANTOS, 2017).

Em relação à variável anos de atuação profissional, os dados apresentaram uma mínima de 3 anos e máxima de 27 anos, com média de 11,31 anos, sendo a faixa de maior concentração a de 3 a 5 anos (40,3%), seguida das faixas de 6 a 10 anos (22,2%), 16 a 20 anos (20,8%) e 21 a 27 anos (16,7%). A diversidade justifica-se pelo critério de inserção da categoria por meio de concurso público (FONSECA, 2019). Isso permite uma baixa rotatividade do profissional no serviço, o que pode facilitar a interação de forma ativa entre ACS-ACS, ACS-equipe e ACS-comunidade.

Quanto a variável curso de formação os resultados revelam que 48,6 % dos ACS não tiveram curso de formação ao ser inserido, um número significativo, uma vez que, quase metade, principalmente dos ACS com pouco anos de atuação não obtiveram o curso introdutório para a categoria profissional. Segundo a Lei 13.595 de 5 de janeiro de 2018, para exercer atividade como ACS é obrigatório concluir, com aproveitamento, curso de formação inicial com carga horária mínima de 40h (BRASIL, 2018). A formação torna-se relevante devido a ligação ACS e comunidade, em um trabalho de constante conscientização para questões ligadas a saúde, por esta razão a educação é um quesito que possibilita a transformação das práticas de trabalho dos ACS (ROCHA; BEVILACQUA; BARLETTO, 2015).

Pensando na formação dos profissionais da saúde, Ceccim (2005) considera a Educação Permanente Saúde uma estratégia para tornar o SUS um espaço de ensino-aprendizagem, à medida que descentraliza o saber e dá lugar a crítica, a reflexão, ao propósito, ao compromisso e a competência a serem construídas pelos profissionais. Logo, a educação como processo de mudanças dos sujeitos, na formação dos ACS as metodologias participativas referenciadas na Educação Popular de Paulo Freire podem ser significativas, pois utilizam uma abordagem interessante ao considerar a subjetividade no processo educativo e sua relação com o meio sociocultural, estimulando a

adoção de uma visão crítica na reorientação das práticas cotidianas (ROCHA; BEVILACQUA; BARLETTO, 2015).

No que diz respeito à participação em capacitações para atualização profissional e interesse por estas para melhorar a qualidade da assistência, encontrou-se um resultado bastante frequente com porcentagem de 75% e 95,8%, respectivamente. De acordo com a PNAB, é papel da SMS desenvolver ações e articular instituições para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica (eAB) e das equipes de Saúde da Família (eSF) (BRASIL, 2011).

Paralelamente a esta compreensão, autores afirmam que “*é preciso garantir aos ACS a educação permanente para que esses desenvolvam suas capacidades e tenham estímulo para o trabalho comunitário participativo, reflexivo e transformador*” (BARBOSA; FERREIRA; BARBORA, 2012, p.61). Sobretudo, a Educação Permanente em Saúde (EPS) se faz necessária para superar as deficiências nas capacitações pontuais ofertadas aos ACS. Visto que, a EPS é mais que isso, ao se basear na aprendizagem significativa, cujo estímulo se dá pela reflexão crítica da realidade, a fim de produzir e transformar a qualidade do trabalho. Assim, quando se estimula adequadamente a formação e valorização destes profissionais, se fortalece a ESF (QUEIROZ; SILVA; OLIVEIRA, 2014).

### **Remapeamento do território dos agentes comunitários de saúde na estratégia saúde da família**

Reportando-se ao território, é importante enxergar que nele é adscrito os usuários, permitindo relações interpessoais de vínculo, entre os indivíduos, as famílias e os profissionais da equipe, nos quais estes são referência para o cuidado de maneira continuada, longitudinal e resolutiva (BRASIL, 2011). Os dados da tabela 1, obtidos através da coleta de dados com os ACS, foram importantes para delimitação da área de cobertura das UBS e realização do remapeamento do território dos ACS, resultando numa mudança efetiva, que tem impacto na melhoria da cobertura das ações e serviços de saúde a população.



**Tabela 2.** Perfil de cobertura das Unidades Básicas de saúde (n = 14).

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE		NÚMERO DE PESSOAS ASSISTIDAS POR EQUIPE	
		Dados dos ACS	Após remapeamento
A	1. Sílvia Bezerra	2671	3248
	2. Maria das Dores	3289	3286
	3. Radir Pereira	1665	2665
B	4. Santa Maria Gorete	2863	3302
	5. Ferreirinha	2405	2455
	6. José Dantas	2839	2889
	7. José Vilanir	3751	3521
	8. Joaquina Parteira	2791	2815
	9. Manoel Salustino I	2822	2861
	10. Manoel Salustino II	2485	2832
C	11. Bernadete Xavier	3270	3270
	12. JK I	2950	2950
	13. JK II	3204	3204
	14. Expedito Araújo	4642	4642

Fonte colaborativa: Secretaria Municipal de Saúde e Residência Multiprofissional EMCM, 2019. Após a intervenção pela equipe de residentes, visualiza-se as UBS em três grupos (A, B e C).

- A: UBS com cobertura de áreas desassistidas (Sílvia Bezerra, Maria das Dores e Radir Pereira);
- B: UBS com cobertura integral, mas que passaram por redistribuição (Santa Maria Gorete, Ferreirinha, José Dantas, José Vilanir, Joaquina Parteira, Manoel Salustino I e Manoel Salustino II);
- C: UBS que permaneceram com sua configuração original (Bernadete Xavier, JK I, JK II e Expedito Araújo).

### **Remapeamento do território dos agentes comunitários de saúde na estratégia saúde da família**

Para embasar o remapeamento, utilizou-se a seguinte recomendação da PNAB “a população adscrita por eAB e de eSF de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da AB” (BRASIL,

2017). Em relação ao Grupo A, foi obtido um resultado positivo ao realizar a cobertura do território das áreas desassistidas das UBS 1, 2 e 3, e dessa forma atenderam o critério de cobertura de 100% da população, de acordo com a PNAB. Quanto ao Grupo B, as equipes, mesmo apresentando uma cobertura adequada, necessitaram de uma redistribuição para fins de organização do território. Neste grupo, apenas a UBS 7 estava acima do parâmetro recomendado pela PNAB, dessa forma foi a única a reduzir o número de pessoas, após o remapeamento de seu território, para assegurar a qualidade do cuidado prestado. Já o Grupo C, nenhuma das UBS apresentou áreas descobertas, e desse modo, as coordenadoras das UBS 11, 12 e 13 escolheram não alterar sua população adscrita. Sobre a UBS 14, esta apresentou o número de pessoas acima do preconizado pela PNAB, entretanto sua população adscrita permaneceu sem alteração, devido a coordenadora da UBS não participar das reuniões do remapeamento.

De maneira geral, o remapeamento mostrou um bom resultado tanto na responsabilização das eSF pela cobertura territorial quanto na melhoria do nível de conhecimento da área de abrangência por parte dos gestores das UBS e da gestão da Atenção Básica, o que pode ser uma potencialidade no cotidiano de trabalho. No que diz respeito a participação da residência multiprofissional nesse processo, a EPS teve papel considerável, como “a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseando se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde” (BRASIL, 2017b). A formação em Saúde desenvolvida através da atuação do residente no cenário prático, beneficiou o processo de qualificação profissional, o cuidado em saúde e a resolutividade da AB, sendo uma das propostas da Residência Multiprofissional essa integração entre ensino, serviço e comunidade no âmbito do SUS.

Há de se considerar, também, que o remapeamento do território causou alguns impactos sendo eles: organizacional, ao melhorar o nível de conhecimento da área de abrangência tanto dos gestores da UBS quanto da gestão da atenção básica; político, ao propor estratégias para enfrentamento do problema identificado e negociação em conjunto com os profissionais; social, ao ter impacto na cobertura do acesso aos ações e serviços à comunidade; e educacional, ao proporcionar uma vivência de ensino em serviço aos residentes multiprofissionais.

## Considerações Finais

A partir dos objetivos propostos neste estudo, a análise dos dados permitiu conhecer o perfil dos ACS da ESF, bem como o remapeamento das áreas de cobertura das UBS. Verificou-se que os ACS da zona urbana do município de Currais Novos/RN são, em sua maioria, mulheres, adultos-maduros, com idade média de 42 anos, atuação profissional média de 11,31 anos, no entanto, quase metade não possuíam curso introdutório de formação, mas obtiveram um resultado relevante quanto a curso de atualização e interesse por este.

O remapeamento impactou na maior cobertura do acesso as ações e serviços à população e na responsabilização das eSF por sua população adscrita, sanando o problema com áreas descobertas e se adequando a PNAB, bem como na melhoria do nível de conhecimento da área de abrangência por parte dos gestores da UBS e da gestão da AB.

Esta experiência em serviço ampliou o olhar para novas intervenções no território, nas quais ficaram limitadas nesta atuação, mas que poderão ser trabalhadas futuramente através da parceria Residência e Gestão para assegurar a *continuidade do trabalho*. Pode-se citar algumas ações como: o reconhecimento do território de atuação das equipes da ESF refletido nas novas formas de realizar o trabalho em saúde; a formulação de uma proposta de educação permanente e capacitações dos membros das equipes ESF, principalmente dos ACS, importantes sujeitos da saúde e agentes do território; e também na contribuição de estratégias que forneçam aos gestores instrumentos de controle e avaliação das ações no território da ESF.

Portanto, diante dos resultados alcançados julga-se a Residência Multiprofissional em Atenção Básica como uma importante ferramenta de formação através do ensino-serviço-comunidade, pois favorece a construção e atuação de profissionais que buscam a qualidade dos serviços de saúde, especialmente da Atenção Básica de Saúde.

## Referências

BARBOSA, V. B. A.; FERREIRA, M. L. S. M.; BARBOSA, P. M. K. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 33, n.1, mar. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100008). Acesso em: 3 nov. 2019.

- BARROS, C. A. M. A construção de uma identidade para o adulto maduro a partir da subjetividade do imaginário social. Vinculo, São Paulo, v. 6, n.1, jun. 2009. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902009000100008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902009000100008). Acesso em: 3 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 204, p. 55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 10 nov. 2019.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, set. 2017a.
- BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Ed. 10, 15 jan. 2007b.
- BRASIL. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 de jan. de 2018. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm#art7](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm#art7). Acesso em: 10 nov. 2019.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, 2005.
- E-GESTOR. Informação e gestão da Atenção Básica: Histórico de cobertura por competência e unidade de geográfica, 2019.
- FERRAZ, L; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-55, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a12v10n2>. Acesso em: 10 nov. 2019.
- FREITAS, L. M. et al. Formação dos agentes comunitários de saúde no município de Altamira (PA), Brasil. ABCS Health Science, Santo André, SP, v. 40, n. 3, p. 171-7, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-771392>. Acesso em: 10 nov. 2019.
- FONSECA, R. B. G. O perfil do Agente Comunitário de Saúde e sua feminização. Enfermagem Brasil, v. 18, n. 3, p. 430-436, 2019. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2723>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- MENDES, A. G. Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social. In: SILVA, L.B. Residência Multiprofissional em saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. Katálysis, Florianópolis, v.21, n. 1, jan./abr. 2018.
- OLIVEIRA E OLIVEIRA, A. L.; MELO, L. P.; PINTO, T. R. Programa Multicampi de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. Caicó, 2015.
- PEDRAZA, D. F.; SANTOS, I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. Interações, Campo Grande, MS, v. 18, n. 3, p. 97-105, jul./set. 2017.
- QUEIROZ, D. M. de; SILVA, M. R. F. da; OLIVEIRA, L. C. de. Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da

Educação Popular e Saúde. Interface (Botucatu). v.18, supl.2, p.1199-1210, 2014.

ROCHA, N. H. N; BEVILACQUA, P. D; BARLETTO, M. Metodologias participativas e educação permanente na formação de agentes comunitários/as de saúde. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 13 n. 3, p. 597-615, set./dez. 2015.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. Katálysis, Florianópolis, v.21, n. 1, jan./abr. 2018.

## CAPÍTULO 6

### **RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E A INCORPORAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Maria Luiza Araújo Fernandes  
Cristiane Spadacio  
Frankly Eudes Sousa Martins  
Jordelle Mirelle Da Costa Lima Lócio  
Francisco Vinicius Ferreira Gomes

#### **Introdução**

Práticas Integrativas e Complementares (PIC) são sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA), que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras (BRASIL, 2006a), podendo ser associados a terapias convencionais com fins curativos ou de controle de doenças crônicas, originados e atestados a partir do uso tradicional.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), publicada a partir da portaria nº 971 de 3 de maio de 2006, contava com a inserção de cinco PIC – Plantas Medicinais e Fitoterapia, Acupuntura, Homeopatia, Termalismo e Medicina Antroposófica - no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que, atualmente, já são 29 práticas inseridas nesse cenário, 14 inseridas em 2017 e 10 inseridas em 2018, podendo ser destacadas a shantala, dança circular, reiki, terapia de florais, terapia comunitária, yoga e meditação. No mesmo ano, através do decreto nº 5813, de 22 de junho de 2006, foi aprovada a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) com o principal objetivo de garantir o acesso seguro e uso racional da população às plantas medicinais e fitoterápicos (BRASIL, 2006b).

A PNPIC enfatiza a inserção das PIC na rede de atenção à saúde, principalmente na atenção primária à saúde (APS), contribuindo para o aumento da resolubilidade do sistema, com um cuidado continuado, humanizado e integral, visando também normatizar a utilização destas práticas no SUS (SANTOS; TESSER, 2012), além de enfatizar a escuta acolhedora, o desenvolvimento de vínculo terapêutico e com o meio ambiente, visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado, sobretudo a corresponsabilização do cuidado (BRASIL, 2006a).

Sendo assim, a inserção das PIC nos serviços de saúde significa não só o alívio de sintomas e prevenção de agravos, mas também retoma a herança cultural da população, favorecendo uma ligação próxima entre as práticas de cuidado efetuadas à comunidade, com suas crenças, valores e conhecimentos (VARELA; AZEVEDO, 2013). Nesse sentido, as PIC ajudam a operacionalizar no cotidiano dos serviços de APS os atributos essenciais e derivados da APS que, segundo Bárbara Starfield (2002) são elencados como: atenção ao primeiro contato, que se refere ao acesso ao serviço a cada nova necessidade de saúde; longitudinalidade, que consiste em uma atenção regular e ao longo do tempo do cuidado do indivíduo; integralidade, caracterizada pelo recebimento dos diversos tipos de serviços da atenção à saúde, mesmo que se necessite encaminhamento à outros níveis; e a coordenação, que busca garantir a continuidade do cuidado através da comunicação entre os vários níveis de atenção, por meio de ferramentas como o registro em prontuários. São atributos derivados: orientação familiar; orientação comunitária e competência comunitária, cujas práticas em saúde devem ser orientadas pelas necessidades levantadas a partir da família e comunidade, levando-se em consideração o ambiente físico, condições socioeconômicas e culturais.

Apesar do reconhecimento oficial dessas práticas e da existência de algumas experiências bem-sucedidas da sua inserção na rede de saúde, ainda é comum uma visão preconceituosa acerca das PIC e a não aprovação da sua eficácia, o que pode contribuir com o desinteresse por parte dos profissionais (GONTIJO; NUNES, 2017). Sendo assim, a inserção das PIC na rede de saúde ainda não é uniforme entre as cidades brasileiras, sendo limitada por diversos motivos e pela realidade de cada local. Dentre os fatores que dificultam a inserção das PIC no serviço de saúde podem ser destacados o desconhecimento acerca das PIC e da própria

PNPIC e a falta de qualificação por parte dos profissionais, fazendo com que a importância e eficácia no cuidado à saúde não seja reconhecido. Barros, Spadacio e Costa (2018), em estudo sobre trabalho interprofissional e PIC, elencam outros aspectos dificultadores, tais como: o conflito entre a realização das atividades ligadas às PIC e as demais atividade da equipe; a sobrecarga de trabalho para os profissionais que conduzem as PIC, no sentido da falta de recursos humanos e infraestrutura; pelo fato da oferta das PIC não ser uma atividade prioritária na rotina de atendimento; além da falta de financiamento específico para que a PNPIC seja operacionalizada no cotidiano dos serviços, em especial na APS.

A inserção do uso de plantas medicinais e fitoterapia no SUS foi regulamentada em 2006, a partir da publicação da PNPIC e PNPMF. A PNPMF tem como um dos objetivos específicos a ampliação das opções terapêuticas aos usuários, com garantia de acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, considerando o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais (BRASIL, 2006c).

Nesse contexto, é preciso demarcar uma diferença conceitual: planta medicinal é uma espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos; e, o fitoterápico um produto obtido dessas plantas, ou de seus derivados, exceto substâncias isoladas, com finalidade profilática, curativa ou paliativa (BRASIL, 2011).

Algumas das diretrizes da PNPMF estão intimamente relacionadas ao processo de inserção dessa PIC na APS, como a promoção e reconhecimento das práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros, bem como a garantia e promoção da segurança, eficácia e qualidade no acesso a plantas medicinais e fitoterápicos. Além disso, um dos meios de desenvolvimento dessas diretrizes é o estabelecimento de estratégias de comunicação para divulgação do setor plantas medicinais e fitoterápicos a partir da estimulação de profissionais de saúde e da população ao uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos.

Portanto, faz-se necessário a capacitação e educação permanente das equipes de saúde que atuam na APS em relação à inserção das Plantas Medicinais e Fitoterapia na rede de saúde e nesse nível de atenção, visto que, muitas vezes, esses profissionais não detêm conhecimento sobre o assunto ou não se sentem

capacitados para ofertar esse serviço na unidade de atuação, bem como saber orientar sobre o uso racional das plantas medicinais e fitoterapia.

A Educação Permanente, nesse contexto, é um importante conceito que se materializa na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2018). Segundo Ceccim (2005), a identificação da Educação Permanente em Saúde está carregando, então, a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (CECCIM, 2005, pág. 161).

A relevância do tema está na necessidade de promover capacitações e educações permanentes a equipes de saúde da APS, com a finalidade de levar informação e qualificação quanto à existência e implantação da utilização de plantas medicinais e fitoterapia como uma PIC importante na promoção, prevenção e recuperação da saúde. Além disso, as residências multiprofissionais em saúde, criadas com o objetivo de formar profissionais diferenciados para atuação no SUS, representam uma importante ferramenta de Educação Permanente e Educação em Saúde, possibilitando a construção de práticas novas de assistência à saúde, empregando princípios da humanização e integralidade (SILVA *et al.*, 2016).

Alguns estudos elencaram as principais dificuldades e barreiras para a implantação das PIC na APS, já outros relatam a experiência de inserção de algumas delas no serviço de saúde. Apesar disso, é pequeno o número de estudos que relatam, de forma sistemática, a experiência da realização de educação permanente que busquem qualificar as equipes de saúde da APS para o conhecimento da importância do uso de plantas medicinais e fitoterapia como

uma PIC na rede de saúde, e também para que seja despertado o interesse dos trabalhadores em ofertar esse serviço à comunidade, de forma segura e eficaz.

Sendo assim, diante da relevância das PIC e das plantas medicinais e fitoterapia para as práticas de cuidado à saúde, seja na perspectiva de prevenção ou recuperação, atrelado ao fato de um considerável número de profissionais confiarem nessas práticas e terem interesse de inseri-las no serviço, ao mesmo tempo em que alegam não ter conhecimento e embasamento suficiente, torna-se perceptível a necessidade da realização de educação permanente no sentido de difundir conhecimentos, estimular novas práticas, ofertas de serviços e a busca por conhecimento mais aprofundado, possibilitando uma atenção à saúde mais integral e humanizada. O presente estudo objetivou relatar a realização de uma Oficina de Plantas Medicinais e Fitoterapia para cinco equipes de três Unidades Básicas de Saúde no município de Caicó, RN.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência. A abordagem do estudo qualitativo tem como objetivo aprofundar-se nos fatos referentes ao que se estuda (ações de indivíduos ou de âmbito coletivo no ambiente ou contexto social em que estão inseridos), cuja interpretação é conduzida a partir das perspectivas dos próprios atores da situação, sem levar em consideração a representação através de números, estatísticas e representações lineares de causa e efeito (GUERRA, 2014, p. 11).

Segundo Minayo (2008), o método qualitativo é adequado aos estudos da história, das representações e crenças, das relações, das percepções e opiniões, ou seja, dos produtos das interpretações que os humanos fazem durante suas vidas, da forma como constroem seus artefatos materiais e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2008, p.57).

Os dados obtidos para o relato de experiência, realizado de maneira observacional, foram originados na elaboração e execução de uma oficina sobre o Uso de Plantas Medicinais e Fitoterapia, bem como a abordagem sobre a PIC e a PNPIC, para cinco Equipes de Saúde da Família, atuantes em três UBS do município de Caicó-RN, localizadas nos bairros Boa Passagem, Castelo Branco e Walfredo Gurgel, no

ano de 2018, por uma Equipe de Residentes multiprofissional em Atenção Básica da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, que também foram responsáveis pela idealização e planejamento da ação, a partir do que foi observado de demanda da comunidade e território.

O critério de escolha das UBS que receberiam a oficina se deu a partir da atuação da equipe de residentes responsáveis pela mesma, aquelas que constituíam esse campo de trabalho foram as contempladas. Cada UBS recebeu a oficina individualmente, tendo sido necessários três encontros.

Quanto aos aspectos éticos, por se tratar de um relato de experiência, não envolvendo pesquisa direta com seres humanos ou animais, não se fez necessário a submissão ao comitê de ética. Além disso, é preservada a identidade de todos os envolvidos na elaboração e aplicação da oficina.

Os resultados deste relato estão organizados e serão apresentados a partir de dois eixos principais: o primeiro, “Estrutura da Oficina”, que descreve as etapas e a organização da Oficina; e, o segundo eixo intitulado “Operacionalização da Oficina”, que descreve como se desenvolveram as dinâmicas que foram realizadas na oficina, assim como os materiais utilizados na elaboração e realização, além do conhecimento teórico dispensado para o tema abordado.

## O contexto

O Rio Grande do Norte é um estado que possui grande diversidade de espécies vegetais, devido às suas condições de clima, solo e formações geológicas, sendo a caatinga a formação vegetal mais estudada e detentora do maior número de espécies medicinais nativas do nordeste brasileiro (PAULINO *et al.*, 2011). No entanto, ainda é muito pequeno o número de estudos sobre a utilização de plantas medicinais, seja nativa ou exótica, na região do Seridó e município de Caicó/RN.

Um estudo de Silva e Freire (2010), realizado nas comunidades do entorno da Estação Ecológica do Seridó, uma unidade de conservação da caatinga situada no município de Serra Negra do norte/RN, mostrou que essa região possui uma importante diversidade de plantas medicinais que constitui um arsenal terapêutico relevante e que são amplamente utilizadas pelas comunidades, principalmente na forma de preparações caseiras como infusões, garrafadas, sucos e xaropes,

e também associados a espécies exóticas. Nesse estudo, as plantas nativas mais citadas foram a Jurema, Cumaru e Catingueira, sendo predominante o uso da casca e raiz. Algumas das plantas exóticas citadas foram Hortelã, Goiabeira, Boldo e Alecrim, tendo a folha como parte mais utilizada.

Rocha e Dantas (2009) realizaram uma pesquisa para avaliação da atividade antimicrobiana de três plantas da região do Seridó Potiguar. Foram coletados e analisados o látex do Pinhão-Bravo, Pinhão-roxo e o Aveloz dos municípios de Acari/RN e Cruzeta/RN. Foram identificadas propriedades medicinais e a necessidade da realização de estudos mais detalhados.

A cidade de Caicó/RN, que está situada na região do Seridó Potiguar Nordeste, e tem como vegetação predominante a caatinga, possui cerca de 62 espécies vegetais nativas com o potencial medicinal, segundo um estudo realizado por Roque (2010), em uma comunidade rural da cidade. Foi observado que, neste local, as partes das plantas mais utilizadas são as cascas e as raízes, principalmente no tratamento de doenças respiratórias, inflamações e doenças infecciosas e parasitárias, sendo estas consumidas em forma de infusões, xaropes e maceração (ROQUE; ROCHA; LOIOLA, 2010).

Apesar da inexistência de estudos que comprovem, é perceptível nesse município e na região, a marcante utilização das plantas medicinais, principalmente na forma de remédios caseiros, como prática e conhecimento tradicional repassado de geração a geração, o que representa um importante potencial de inserção do uso de plantas medicinais e fitoterapia na rede de saúde, uma vez que é uma prática já bem aceita e utilizada pela comunidade. Uma ilustração disso é a existência, em algumas comunidades da cidade, pessoas que são referência no uso de plantas medicinais e produção de remédios caseiros, que comercializam e ensinam suas preparações, distribuem amostra das plantas para utilização e também mudas para cultivo.

Quanto à rede de serviços de atenção básica, as UBS do município de Caicó funcionam 8 horas por dia, de 7 às 11hrs e de 13 às 17hrs, com expedientes extras à noite para atendimento de trabalhadores e realização de campanhas de prevenção, como por exemplo Outubro rosa e Novembro azul. São ofertados serviços como vacinação, atendimento médico, atendimento odontológico, atendimento de enfermagem, visitas e atendimentos domiciliares, aferição de

sinais vitais e glicemia, aplicação de injetáveis, teste do pezinho, atividades de educação em saúde, grupos de prevenção, regulação de procedimentos, realização de curativos, realização de testes rápidos, entre outros.

Três UBS e cinco equipes de saúde da família foram contempladas com a oficina: na UBS do Bairro Boa Passagem e Walfredo Gurgel, atuam duas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na UBS do bairro Castelo Branco apenas uma equipe, sendo estas compostas por Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiro, Odontólogo, Médico, Técnicos de enfermagem, Administrador e Auxiliar de Serviços Gerais. A UBS do bairro Castelo Branco possui uma farmácia básica que é responsável por dispensar medicamentos à uma parcela da população, somando na equipe um Atendente de Farmácia e um Farmacêutico. É importante destacar que duas das três unidades onde a oficina ocorreu possuem potencial físico para implantação de espaços para promoção do uso de plantas medicinais, como Farmácia Viva ou uma Horta comunitária, além do interesse dessa prática por parte de alguns profissionais, principalmente agentes de saúde e enfermeiros.

As três unidades também contam com a atuação de uma equipe de Residentes Multiprofissionais em Atenção Básica pela EMCM/UFRN, com as seguintes categorias: Enfermeiro, Dentista, Farmacêutico, Psicólogo, Fisioterapeuta, Nutricionista, Assistente Social, Profissional de Educação Física, Fonoaudiólogo e Médico Veterinário. Periodicamente também recebem Médicos da Residência médica em Saúde da Família. A Residência Multiprofissional em Atenção Básica é um curso de pós-graduação *lato sensu* orientado pelas diretrizes e princípios do SUS e as necessidades regionais e locais dos cenários de prática, constitui uma importante ferramenta de articulação da rede de saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado, além do alto potencial no que diz respeito à Educação Permanente e Educação em Saúde.

Diante do que foi evidenciado anteriormente, no que diz respeito à importância da inserção do uso de plantas medicinais e fitoterapia no SUS, especialmente no nível de APS, assim como da promoção de educação permanente, aliado ao fato de que a população do município de Caicó-RN, culturalmente, utiliza plantas medicinais no cuidado à saúde, principalmente na forma de preparações caseiras, susceptíveis ao uso irracional, sistematizou-se uma oficina de educação permanente, que foi intitulada como “Uma xícara de saúde e uma colher de

cuidado”, junto às equipes da ESF, com o objetivo de orientar os profissionais de saúde sobre a PNPIC e a PNPMF, a importância dessa prática no cuidado integral à saúde, bem como aspectos relevantes ao uso racional das plantas medicinais. Além de proporcionar subsídio para buscas mais aprofundadas sobre o assunto, através de materiais e cursos de qualificação acessíveis, de modo que os usuários pudessem ser melhores acompanhados e orientados.

## **Estrutura da oficina**

As oficinas foram realizadas em três UBS do Município de Caicó/RN, dentro do horário de um grupo, denominado como “Grupo de Apoio e Cuidado ao Trabalhador em Saúde”, que a equipe de residentes em atenção básica desenvolveu nestas, um espaço para promoção de educções permanentes e momentos de cuidado, a partir de encontros mensais. As datas de realização foram escolhidas junto com as equipes da ESF, em reuniões para planejamento das atividades e definição do cronograma do mês, de maneira que melhor se adaptasse às demais atividades.

Assim como as demais educções permanentes, essa oficina tinha como público alvo toda a equipe que atuava na unidade de saúde, existindo, portanto, a necessidade de horário protegido para que os profissionais pudessem se reunir, cuja solicitação era feita pelo(a) administrador(a) da UBS à Secretaria Municipal de Saúde.

A oficina foi iniciada com uma dinâmica em que todas as pessoas presentes citavam uma planta medicinal ou uma preparação caseira que faziam uso com certa frequência, que gostavam ou que a tinha marcado em algum momento da vida, além de expor se acreditavam na eficácia dessas plantas e se reconheciam essa prática como oficial no sistema de saúde pública. Posteriormente, o fisioterapeuta da equipe iniciou a explanação do material preparado e projetado, citando as PNPIC, PNPMF e o contexto da inserção dessa PIC na APS nacionalmente. Em seguida, na fala da farmacêutica são contemplados termos e conceitos mais técnicos sobre o tema, além de aspectos relevantes ao uso racional. Em seguida, a assistente social fala sobre a importância da valorização do saber popular e tradicional, ilustrando o momento com a reprodução de três vídeos gravados a partir de visitas realizadas a usuárias de referência nesse saber, bem como a participação, em uma das oficinas, de uma usuária que comercializa preparações

caseiras a base de plantas para a comunidade. Esse foi um momento importante de troca de conhecimento.

Dando continuidade a exposição de conteúdo, a nutricionista iniciou com a exposição das 25 plantas medicinais selecionadas, ressaltando suas indicações, contraindicações e algumas curiosidades. Nesse momento, principalmente, foi aberto espaços de fala para que os 20 participantes pudessem expor suas experiências e conhecimentos acerca delas, à medida que os mesmos recebiam amostras dessas plantas no formato, principalmente, de droga vegetal- Segundo definição do Formulário Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira, é a planta medicinal, ou suas partes, contendo as substâncias ativas, após processos de coleta, estabilização, quando aplicável, e secagem, podendo estar na forma íntegra, rasurada, triturada ou pulverizada – para que pudesse ser apresentado e identificado a aparência, textura e odor (figura 1).

**Figura 1.** Amostras de plantas medicinais utilizadas durante a oficina.



Fonte: Arquivo pessoal da equipe de pesquisa.

A oficina foi finalizada com um momento de avaliação, em que os participantes puderam expor sua opinião sobre o momento, além de um momento de confraternização e degustação de chás preparados com algumas das plantas citadas.

A exposição do conteúdo ocorreu de forma dialogada, num formato de roda de conversa, que diz respeito a um método de participação coletiva na construção de

debate acerca de uma temática, motivando a construção de autonomia dos sujeitos através da socialização de saberes, problematização e a reflexão voltada à ação (DOMINGUÉZ; SOARES, 2016), representando potencial em Educação Permanente em Saúde. Desse modo, a utilização desta metodologia teve como principal objetivo o de criar um espaço aberto ao diálogo, em que não fosse apenas expositivo, criando um momento mais dinâmico e interativo, fomentando discussões.

Em duas oficinas, as cadeiras foram organizadas em formato de círculo, apenas na UBS do Bairro Walfredo Gurgel, devido ao espaço físico, não foi possível adotar essa conformação. Pinheiro, Azambuja e Bonamigo (2018), discutem em seu estudo a importância da disposição em círculo, no sentido de facilitar a discussão e a maior participação, tendo como base princípios como a descentralização do poder, horizontalidade e grupalidade das equipes, resultando em ações democráticas, valorizando a troca de conhecimento nesses momentos de construção.

Os materiais utilizados foram computadores, internet e a ferramenta Power-point para a elaboração dos cursos virtuais, pesquisa e estudo do conteúdo, elaboração e reprodução do slide, um aparelho celular com câmera para a elaboração do vídeo e o Windows Media Player para reprodução, bom como uma caixa de som, e o Projetor para apresentação do material. Além disso, foram necessárias impressões em banner e amostras das plantas no formato de Droga Vegetal, cartolinas, jarros com plantas, objetos decorativos com representação da fitoterapia e da medicina tradicional chinesa, galhos de árvores e velas, para a ornamentação, e infusões de algumas das plantas medicinais citadas para o momento de degustação.

Cada oficina teve uma duração média de 90 minutos, com a participação de cerca de 25 pessoas, sendo a maioria do sexo feminino, das seguintes categorias profissionais: enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal, agente comunitário de saúde, administrador, auxiliar de serviços gerais e recepcionista. As três oficinas tiveram uma significativa adesão da equipe, tendo a participação de quase 100% dela, o que só foi possível com a liberação do horário protegido pela gestão.

Gontijo e Nunes (2017), em seu estudo sobre conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde sobre PIC evidenciam que, dentre os 118 profissionais entrevistados, 92,4% consideram as PIC eficientes; 86,4% consideram as PIC importantes para a profissão; 94,9% as consideram importantes



para o SUS. Já, 30,5% dos entrevistados atribuíram suas considerações ao que foi ensinado durante a graduação e 20,3% relatam terem obtido embasamento por meio da leitura e/ou com a experiência familiar. Deste modo, é possível observar um cenário positivo no que diz respeito à aceitação dessas PIC pelos profissionais, embora a formação acadêmica ainda seja muito insuficiente nessa área.

Infelizmente, não houve a participação do profissional médico em nenhuma das oficinas, sendo este um problema bastante recorrente quando se trata de educação permanente nesse município, sempre marcadas pela baixa ou não adesão destes profissionais, nos três níveis de atenção à saúde. Este é um fato observado pela equipe de residentes durante seu período de atuação na rede de saúde, além de ser bastante discutido pelos demais profissionais nos serviços, o que compromete o trabalho em equipe e as mudanças nos processos de trabalho, principalmente pelo fato desse profissional deter uma importância muito significativa dentro da equipe.

Ricardi e Sousa (2015) levantam a falta de adesão dos médicos como fator dificultador de educação permanente, elencando a resistência em reunir esses profissionais, que nunca têm tempo ou nunca podem. Pinheiro, Azambuja e Bonamigo (2018) também traz a falta de participação do médico como sendo um fator que causa atraso do processo educativo, gerando sobrecarga aos demais profissionais da equipe nesse processo.

## Operacionalização da oficina

Inicialmente, foi realizado um levantamento das plantas medicinais mais utilizadas pelas comunidades, através de observações durante ações de educação em saúde, atendimentos individuais, coletivos ou compartilhados, visitas domiciliares e relatos dos profissionais das equipes e de usuários referência no conhecimento e uso de plantas medicinais, bem como da análise quanto ao perfil epidemiológico da população. Segundo o perfil epidemiológico apresentado no Plano Municipal de Saúde de 2014, no município de Caicó, dentre as principais causas de morte da população estão as doenças do aparelho circulatório, que incluem, por exemplo, hipertensão, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, as neoplasias e as doenças endócrinas e nutricionais, como diabetes

mellitus, disfunções da tireoide e obesidade, sendo muito comum a utilização de diversas plantas medicinais no tratamento ou prevenção desses agravos, como a pata de vaca, utilizada no controle da glicemia, plantas medicinais calmantes, como a camomila, que reduzem ansiedade e estresse, agindo no controle da pressão arterial sistêmica e plantas diuréticas, como chá verde e hibisco, que são utilizadas como auxílio no processo de emagrecimento.

Posteriormente, realizou-se uma pesquisa, em literatura oficial e a partir do conhecimento popular, sobre indicação e modo de preparo dessas plantas medicinais. Os documentos oficiais utilizados, nessa etapa, foi o Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira, cuja primeira edição foi publicada em 2011, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e tem como finalidade dar suporte às práticas de manipulação e dispensação de fitoterápicos no programa de fitoterapia do SUS, à medida que oficializa as formulações a serem manipuladas ou preparadas, por meio do registro sobre a forma correta do preparo, indicações e contraindicações do uso. Também foi utilizado o Memento Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira, aprovado por meio da RDC N°. 84, de 17 de junho de 2016, publicado pela ANVISA em 2016, com objetivo principal de subsidiar profissionais na prescrição de fitoterápicos.

Nessa etapa, foram selecionadas 25 plantas medicinais, sendo elas: Alecrim (*Rosmarinus officinalis*), Canela (*Cinnamomum verum*), Cavalinha (*Equisetum arvense*), Boldo do Chile (*Peumus boldus*), Capim Santo (*Cymbopogon citratus*), Coentro (*Coriandrum sativum*), Camomila (*Matricaria recutita*), Carqueja (*Baccharis trimera*), Endro (*Anethum graveolens*), Hortelã (*Mentha x piperita*), Goiabeira (*Psidium guajava*), Erva Doce (*Pimpinella anisum*), Maracujá (*Passiflora alata*), Erva Cidreira (*Lippia alba*), Marcela (*Achyrocline satureioides*), Espinheira Santa (*Maytenus ilicifolia*), Gengibre (*Zingiber officinale*), Mastruz (*Dysphania ambrosioides*), Eucalipto (*Eucalyptus globulus*), Chá Preto (*Camellia sinensis*), Quebra-pedra (*Phyllanthus niruri*), Sene (*Senna alexandrina*), Chá Verde (*Camellia sinensis*), Hibisco (*Hibiscus rosa-sinensis*), Pata de Vaca (*Bauhinia forficata*) bem como suas indicações e orientação quanto ao modo de preparo. Esses dados, junto como uma amostra de droga vegetal de cada planta, obtidas em comércio formal do Município de Caicó-RN, foram registrados em um banner em lona como fruto do planejamento da ação, para que pudesse ser apresentado

no dia da oficina e ser exposto nas UBS onde foi realizada a oficina, como material informativo para a comunidade e profissionais (figura 2).

Figura 2. Banner elaborado a partir do planejamento da oficina.



Fonte: Arquivo pessoal da equipe de pesquisa.

Em outro momento do planejamento, foram elencados os pontos dentro do tema geral para serem abordados de forma específica. Dentro da PNPIC, foi destacado que a política contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos alternativos, que englobam mecanismos de prevenção de agravos e de promoção e recuperação da saúde, de maneira eficaz, eficiente, segura e de qualidade, contribuindo para o cuidado integral à saúde, através de uma visão ampliada do processo saúde-doença, utilizando-se de tecnologias eficazes e seguras baseadas na escuta acolhedora, desenvolvimento de vínculo terapêutico, compreensão da comunidade no sentido de ampliação da participação e controle social, além de um envolvimento corresponsável e continuado, além do desenvolvimento sustentável.

Houve um momento na discussão que foi levantada uma reflexão sobre o tempo de existência dessas PIC e o porquê de elas serem ainda tão desconhecidas,

e, posteriormente, a resposta para esses questionamentos diante do exposto na política. Finalizando esse momento destinado à política, foram citadas as PIC que inicialmente foram inseridas na política e as demais inserções nos anos de 2017 e 2018 e o contexto atual dessas práticas e política na APS no país.

A discussão seguiu com a apresentação de aspectos gerais sobre o Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos e a PNPMF, focando no histórico de utilização milenar das plantas medicinais no cuidado à saúde, nos marcos que possibilitaram o reconhecimento e oficialização dessa prática para o sistema de saúde pública e nos principais objetivos traçados nesse programa, como a garantia e ampliação do acesso às plantas medicinais, o uso racional, utilização sustentável da biodiversidade, incentivo a pesquisa e desenvolvimento de inovações e tecnologias. Ao final, foi citado o perfil de inserção dessa PIC na Atenção Primária do país até 2017.

Entrando em um âmbito mais técnico, foram abordados conceitos básicos nesta área de conhecimento, de importante compreensão, como a definição de plantas medicinais, fitoterapia, medicamento fitoterápico, destacando os tipos (simples e composto), as diferenças entre a planta in natura e a droga vegetal e medicamento fitoterápico, medicamento tradicional fitoterápico, preparações caseiras e medicamentos de origem vegetal. Falou-se de alguns modos de extração, das formas farmacêuticas dos medicamentos fitoterápicos e das preparações caseiras e suas formas de utilização, especificando a infusão e decocção, visto que estão entre as formas de preparo mais utilizadas.

Também foi discutido sobre cuidados importantes para a promoção do uso racional de plantas medicinais, como a necessidade de sempre informar aos profissionais de saúde sobre o uso de algum tipo de planta medicinal, uma vez que pode estar diretamente ligado a algum sinal e sintoma e poder interferir nas terapias medicamentosas através da ocorrência de interações; a importância de atentar-se à possibilidade e sinais de uma interação, que leva à necessidade da busca por orientações; o cuidado com a frequência de uso dessas preparações caseiras, o que pode resultar em intoxicações e efeitos adversos indesejados; a importância de obter as plantas medicinais ou droga vegetal em locais seguros e de credibilidade, para a garantia do uso da espécie vegetal correta, além de evitar coletar plantas em locais onde o cultivo não é seguro, no qual animais possam ter

acesso ou esteja passível de contaminações urbanas, como poluição de veículos e esgotos; orientação sobre o correto armazenamento das plantas e drogas vegetais; a orientação de não substituição do uso de um medicamento por uma planta medicinal sem a orientação de um profissional de saúde habilitado, atentando-os para o cuidado com mitos acerca de alguma planta ou preparação.

Também foi abordado o risco da utilização das plantas medicinais em circunstâncias específicas, como na s na gestação, visto que algumas podem induzir o aborto, parto prematuro ou má formação fetal, sendo necessária a avaliação do risco benefício nesses casos, destacando, ainda, aquelas plantas totalmente contra indicadas nesses casos, da mesma forma durante a lactação, em virtude da possibilidade dessas interferir na produção de leite e gerar desconfortos e prejuízos no bebê; e, para fechar essa etapa da oficina, foi dado destaque ao mito de que “o natural não faz mal”, dando significado à necessidade de se realizar o uso racional, ilustrando-o com algumas plantas que, se ingeridas ou em contato com a pele e/ou mucosas, causam danos e prejuízos.

Segundo Reis (2014), em sua pesquisa sobre conhecimentos, atitudes e práticas de Cirurgiões-Dentistas de Anápolis-GO sobre a fitoterapia em odontologia, cerca de 16% dos 105 Cirurgiões-Dentistas entrevistados afirmaram que tiveram embasamento teórico acerca da fitoterapia e, destes, metade (50%) relatou ter tido este conteúdo básico na graduação. Um percentual de 72,5% dos participantes alegou desconhecimento acerca da Portaria do MS/GM nº 971/2006, além de encontrar uma ligação direta e proporcional entre aqueles profissionais que conheciam a portaria e que utilizavam a fitoterapia na sua prática de trabalho. A pesquisa também mostra que quanto à opinião sobre os fatores que dificultam a inserção dos fitoterápicos no âmbito da Odontologia, os mais citados foram o desconhecimento, a ausência de pesquisas e a falta de divulgação.

Agregado a esse conhecimento dos e para os profissionais, também foi discutida a importância da valorização da cultura e do conhecimento tradicional no cuidado à saúde, devendo haver o estímulo por meio da educação popular. De acordo com Helman (2009), há diferentes setores de atenção à saúde caracterizados como setor informal, setor popular (folk) e setor profissional. Dentre estes setores, o setor popular (folk) é representado por pessoas da comunidade especialistas em formas de cura sagradas ou seculares que fazem parte e são referências para as comunidades onde se inserem.

Deste modo, foi realizada a busca por pessoas que fossem referência para a comunidade no uso de plantas medicinais e preparações caseiras, para que pudessem estar presentes no momento da oficina, repassando um pouco deste conhecimento. Em uma comunidade foi identificada duas usuárias que faziam cultivo de diversas plantas medicinais, que não puderam estar presentes, mas permitiram a gravação de um vídeo para ser reproduzido na oficina, trazendo um pouco da sua experiência e trajetória com as plantas medicinais. Em outra comunidade, uma usuária que cultivava plantas medicinais e produzia preparações caseiras padronizadas ou prescritas por profissionais, para comercialização, se disponibilizou a participar desse momento, tornando-o rico de saber popular.

A oficina foi finalizada com a discussão sobre as 25 plantas medicinais identificadas na comunidade, destacando suas indicações, tanto as obtidas através de estudos científicos quanto do uso tradicional, dando abertura para que o público também expusesse seu conhecimento e experiências, ao mesmo tempo em que as amostras das plantas eram apresentadas.

O embasamento teórico para a realização da oficina se deu por meio de documentos oficiais publicados, políticas nacionais e cursos do ambiente virtual de aprendizagem do SUS (AVASUS), sendo estas a PNPIC e PNPMF, ambas publicadas em 2006 pelo Ministério da Saúde, Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, publicado em 2009 pelo Ministério da Saúde, Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira e Memento Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira, cuja publicação da 1ª edição se deu em 2011 e 2016, respectivamente, pela ANVISA, Caderno de Atenção Básica nº 31 publicado em 2012 pelo Ministério da saúde, que traz o histórico das políticas nacionais, normas, serviços e produtos relacionados à prática de plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica, como o objetivo de estimular a implantação de mais programas no SUS. Os componentes da equipe responsável pelo planejamento e execução da oficina também realizaram os cursos de Qualificação em Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Básica - Módulo I, com carga horária de 100 horas, e do Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos para Agentes Comunitários de Saúde, de 60 horas, disponíveis no AVASUS, para que pudessem obter uma melhor fundamentação teórica do conteúdo e a decisão dos pontos a serem abordados na educação permanente.

Essa oficina foi realizada em três UBS do Município de Caicó/RN e para cada uma delas foi produzido um banner para exposição à comunidade e profissionais de saúde. Os espaços de realização foram cuidadosamente preparados e ambientados para o melhor envolvimento e aproveitamento possível, através da utilização de jarros de plantas, galhos de árvores para ornamentação das paredes, luminosidade reduzida, velas, símbolos da medicina tradicional chinesa e odor característico proporcionado pelas amostras de plantas (figuras 3 e 4).

Figura 3. Ambiência para realização da oficina.



Fonte: Arquivo pessoal da equipe de pesquisa.

Figura 4. Ambiência para realização da oficina.



Fonte: Arquivo pessoal da equipe de pesquisa.

A oficina contou com um momento de encerramento destinado a confraternização dos participantes, onde foram servidos chás de algumas das plantas que foram trabalhadas. Esse momento foi marcado pela continuação da discussão sobre o tema, através da abordagem sobre outras espécies vegetais, suas indicações e modo de preparo. Além disso, ocorreram vários relatos de experiência sobre a utilização das plantas medicinais e fitoterápicos, sendo marcado pela eficácia dessa terapêutica, além da importância dessa prática para a comunidade, que é amplamente utilizada preventivamente e curativamente.

### Considerações Finais

A oficina gerou impactos em todas as suas etapas, desde o momento em que ela foi pensada, com a conscientização dos profissionais residentes para a importância do tema, até a sua execução, e também a todos os atores envolvidos, aos próprios residentes, as equipes de ESF e usuários.

Dentro da equipe de residentes que planejou e executou a oficina, havia profissionais recém-formados que não tinham experiência anterior com mercado de trabalho, alguns também não possuíam vivências no SUS durante a formação, sobretudo na APS, outros, ao contrário, já haviam trabalhado, inclusive no serviço público e nesse nível de atenção à saúde, deste mesmo modo, existiam aqueles que tinham conhecimento sobre as PIC, as políticas abordadas e sua importância para o SUS, inclusive até já desenvolviam alguma ou possuíam formação para isto, mas para a maioria era um assunto desconhecido. Neste sentido, a oficina proporcionou que esses profissionais em formação pudessem adquirir novos ou expandir o conhecimento, no sentido de reconhecer essas práticas como oficiais no SUS, através das portarias, resoluções de diretoria colegiada (RDC) e políticas públicas, e também entender a importância de cada uma no âmbito da assistência à saúde.

Além disso, puderam aprofundar o conhecimento sobre as plantas medicinais e fitoterápicos, buscando sobre o cenário nacional quanto à inserção dessa PIC na APS, pontos importantes da PNPIC e PNPME, aspectos sobre o uso racional, conceito e distinção dos diversos termos técnicos aplicados nessa prática, além do conhecimento sobre as plantas mais utilizadas na região de atuação e os aspectos relacionados a elas. Essa oficina também despertou, para alguns profissionais da

equipe, o interesse em inserir algumas dessas PIC, incluindo as plantas medicinais e fitoterápicos, no seu processo de trabalho, bem como a busca por novas formações e qualificações nas diversas possibilidades dentro da política nacional.

Assim como para a equipe de residentes, nas equipes de ESF havia profissionais que não tinham conhecimento sobre o tema, principalmente no sentido de conhecer as plantas medicinais e fitoterapia inseridos diretamente nos serviços de saúde, de maneira oficial, e a existência de políticas públicas para isto, embora tivessem conhecimento da ampla utilização pela comunidade e da eficácia destas, além de deterem, a partir do saber popular e tradicional, repassado de geração a geração, conhecimento sobre diversas plantas, no que diz respeito a indicações, contraindicações e modo de preparo. Deste modo, a oficina mostrou a possibilidade da oferta de novos serviços nessas UBS, com o objetivo de tornar o cuidado mais integral e humanizado, à medida que ampliou o conhecimento dos trabalhadores sobre o tema, abordando pontos importantes, sendo uma discussão disparadora para a busca por conhecimento mais aprofundado, além de mostrar fontes na literatura e cursos virtuais disponíveis para auxiliar nessa qualificação.

Em duas das unidades onde a oficina foi realizada, pôde ser observado o interesse por parte de alguns profissionais para a construção de hortas comunitárias dentro da UBS. Na UBS do bairro Castelo Branco, uma acadêmica de enfermagem, como projeto final do seu estágio curricular, implantou uma pequena horta comunitária na unidade, mas que por falta de recursos, planejamento e maior envolvimento da equipe, não alcançou um bom êxito, embora alguns profissionais expressem o interesse em ofertar esse serviço, mas que acaba sendo dificultado pelos mesmos motivos já citados. Na UBS do bairro Boa Passagem, alguns agentes comunitários de saúde também expressaram o interesse em desenvolver uma horta comunitária. Essa UBS possui um bom espaço físico externo, sendo um ambiente potencial para a implantação da horta. Deste modo, eles iniciaram com a limpeza do terreno e preparação do solo a partir de adubação seguido pelo plantio de algumas mudas e sementes adquiridas em casas da comunidade. Apesar disso, nesse processo não houve o envolvimento nem planejamento com grande parte da equipe, além de não ter sido inserido a participação direta da comunidade.

O impacto para a comunidade ocorreu de forma indireta, uma vez que essa oficina não foi aberta à comunidade, ocorrendo a participação apenas de uma

usuária como exercício da educação popular, mas que forneceu subsídio para que os profissionais pudessem orientar melhor os usuários, principalmente para o uso racional e gerar o interesse para a oferta de mais um serviço, além da produção do banner com as plantas medicinais para que pudesse ficar exposta à comunidade. Ainda assim, após a realização da oficina, a equipe de residentes pensou em trabalhar o tema diretamente com a comunidade, então foram planejadas e executadas algumas educações em saúde, que aconteceram nas salas de espera, grupos de práticas corporais, grupos de idosos do CRAS e nas ações de calçada amiga (educação em saúde por meio de reuniões nas calçadas como estratégia de falar de saúde fora das UBS).

Um fato interessante observado durante as discussões e trocas de experiência proporcionada pela oficina é que a maioria profissionais que participaram utilizam com frequência as plantas medicinais e fitoterápicos, bem como indicam a familiares e amigos, porém possuem dificuldade de inserir essa prática nos serviços de saúde, o que pode ser explicado pelas diversas colocações já realizadas anteriormente, como a ausência de instrução durante a formação e apoio e engajamento da equipe, o que revela a necessidade da realização de Educações Permanentes nessa área, para que as equipes se sintam mais preparadas, confiantes e estimuladas para a oferta desses serviços.

Também foi observado como é vasto o conhecimento popular sobre as plantas medicinais, visto que durante a discussão sobre as espécies selecionadas além das indicações que tinham sido elencadas durante o planejamento surgiram muitas outras, o que mostra a importância da valorização desse saber, visualizado através da participação das mulheres referência na utilização das plantas medicinais, na comunidade, através dos vídeos ou de forma presencial, enriquecendo esse momento de Educação Permanente.

Além disso, algumas das plantas medicinais elencadas ainda não foram contempladas por pesquisas científicas, estando ausente nas fontes da literatura já citadas anteriormente, principalmente naquelas que guiam a prescrição. Nesse sentido, a eficácia e segurança do uso são observadas a partir do uso tradicional e saber popular, o que orienta e levanta a necessidade da realização de estudos e caracterização dessas e diversas outras espécies utilizadas.

## Referências

- BARROS, N. F.; SPADACIO, C.; COSTA, M. V. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro. v. 42, p. 163-173, set. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010311042018000500163&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042018000500163&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 jun. 2019.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira**. Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. **Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006**. Aprova a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, subchefia para assunto jurídicos, 2006c. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5813.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5813.htm). Acesso em: 15 maio 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política e Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos**. Brasília, DF, 2006a.
- BRASIL. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html). Acesso em: 13 maio 2019.
- CAICÓ. Secretaria Municipal de Caicó. **Plano Municipal de Saúde de Caicó 2014 - 2017**. Caicó, 2014.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Educação, Saúde e Comunicação**, Porto Alegre, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2005/fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>. Acesso em: 03 out. 2019.
- DOMÍNGUEZ, A. G. D.; SOARES, D. C. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Um Relato Reflexivo a Partir da Gestão Federal. **Revista Eletrônica de Relações Inter. do Centro Universitário Unieuro**, Brasília, v. 17, p. 157-173, 2016.
- GONTIJO, M. B. A.; NUNES, M. F. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 301-320, jan./abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00040.pdf>. Acesso em: 03 out. 2019.
- GUERRA, E. L. A. **Manual de Pesquisa Qualitativa**. 1. ed. Belo Horizonte: Grupo Ânima Educação, 2014.
- HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. Editora Artmed, 5a. Edição, São Paulo, SP, 2009.
- LAVARDE, C. R. *et al.* Desafios e dificuldades na implementação das PIC na APS em um município do sudeste goiano. *In: I congresso nacional de PICS e III encontro nordestino de PICS*. Natal, 2017.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- PAULINO, R. C. *et al.* Riqueza e importância das plantas medicinais do Rio Grande do Norte. **Revista de biologia e ciências da terra**, Sergipe, v. 11, n. 1, p. 157-168, 2011. Disponível em: [http://joaotavio.com.br/bioterra/workspace/uploads/artigos/artigo\\_bioterra\\_v11\\_n1\\_2011\\_19-5155fba8d7836.pdf](http://joaotavio.com.br/bioterra/workspace/uploads/artigos/artigo_bioterra_v11_n1_2011_19-5155fba8d7836.pdf). Acesso em: 03 out. 2019.
- PINHEIRO, G. E. W.; AZAMBUJA, M. S.; BONAMIGO, A. W. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 187-197, dez. 2018.
- REIS, L. B. M. *et al.* Conhecimentos, atitudes e práticas de Cirurgiões-Dentistas de Anápolis-GO sobre a fitoterapia em odontologia. **Odontol. UNESP**. São Paulo, v. 43, n. 5, p. 319-325, set./out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rounesp/v43n5/1807-2577-rounesp-43-05-00319.pdf>. Acesso em: 25 maio 2019.
- REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA. 2008. Brasília: Editora Brasil LTDA, n 9, ed. Esp., maio 2008.
- RICARDI, L. M.; SOUSA, M. F. Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte. **Ciência e saúde coletiva**. Brasília, v. 20, n. 1, p. 209-218, 2015.
- ROCHA, F. A. G.; DANTAS, L. I. S. Atividade antimicrobiana In vitro do látex do Aveloz (*Euphorbia tirucalli* L.), Pinhão bravo (*Jatropha mollissima* L.) e Pinhão roxo (*Jatropha gossypifolia* L.) sobre microorganismos patogênicos. **Holos**. [S.l.], v. 4, p. 3-11, jan. 2010. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/339/279>. Acesso em: 03 out. 2019.
- ROQUE, A. A.; ROCHA, R. M.; LOIOLA, M. I. B. Uso e diversidade de plantas medicinais da Caatinga na comunidade rural de Laginhas, município de Caicó, Rio Grande do Norte (Nordeste do Brasil). **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**. Botucatu, v. 12, n. 1, p. 31-42, jan./mar. 2010.
- SANTOS, M. C.; TESSER, C. D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3011-3024, 2012.
- SILVA, C. S. *et al.* Educação em Saúde: reflexões a partir da vivência de residentes multiprofissionais. **Tempus, actas de saúde colet.**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 283-288, dez. 2016.
- SILVA, T. S.; FREIRE, E. M. X. Abordagem etnobotânica sobre plantas medicinais citadas por populações do entorno de uma unidade de conservação da caatinga do Rio Grande do Norte, Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Botucatu, v. 12, n. 4, p. 427-435, out./dez. 2010.
- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- VARELA, D. S. S.; AZEVEDO, D. M. Difficulties of health professionals facing the use of medicinal plants and phytotherapy. **Revista de pesquisa cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3588-00, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2033>. Acesso em: 29 abr. 2019.

## CAPÍTULO 7

# RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: CONSTRUÇÃO DE UM MANUAL DE ORIENTAÇÃO SOBRE PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADES FÍSICAS NO CAPS/AD

Bruna Maria de Araújo Marinho  
Ricardo Andrade Bezerra  
Ilara Maria Ferreira Alves  
Humberto Medeiros Wanderley Filho

### Introdução

Atualmente, as práticas corporais e atividades físicas – PC e AF vêm ganhando cada vez mais espaço e notoriedade em diversos cenários da sociedade, sendo associadas, sobretudo, à busca por um estilo de vida ativo e saudável. Como aponta Santos e Knijnik (2009, p. 3), a crescente divulgação de informações e imagens a respeito de saúde, corpo e todas as formas de movimento, influenciam diretamente no aumento pela procura de atividade física.

Seus benefícios podem ser encontrados em contextos estéticos (GARCIA; LEMOS, 2003), educativos (CAMARA, 2010), de lazer (MOTA, 2001), tratamento, promoção, reabilitação (COELHO; BURINI, 2009) prevenção da saúde (CAMARA, 2010), entre outros. A partir dessa maior visibilidade, aumenta-se a necessidade de estudos nas áreas afins visando à melhoria da atuação do Profissional de Educação Física.

Segundo Carvalho (2016), na saúde pública a valorização das PC e AF se dão a partir da Estratégia Global sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde publicada pela *World Health Organization* (WHO) em 2003, com ênfase nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNTs, e a aceitação pelo Ministério da

Saúde desta estratégia, sendo outro passo importante foi à publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS.

Conforme Malta *et al.* (2016, p.1686), essa política pública foi concebida na perspectiva de funcionar transversalmente, compondo uma rede de corresponsabilidade para a melhora na qualidade de vida, reconhecendo a grande importância dos condicionantes e determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença, incluindo assim as PC e AF como estratégia potencial de prevenção e promoção à saúde.

A partir da publicação da PNPS, outras ações foram desenvolvidas para o fortalecimento dessa política, como um incentivo técnico financeiro do MS, que ajudou a alavancar projetos que envolviam atividades físicas em suas intervenções, por consequência cerca de 1079 municípios brasileiros foram beneficiados, entre 2005 e 2010; a promulgação da portaria nº 154, de 2008, que versa sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, hoje regulamentado pela Portaria nº 2.488, de 2011, bem como o lançamento do Programa Academia da Saúde.

Em consonância com o Glossário Temático da Promoção a Saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p. 28) práticas corporais são entendidas como todas as expressões individuais ou coletivas do movimento corporal, resultante do conhecimento e das experiências em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica, realizadas de modo sistemático (na escola, em academias) ou não sistemático (tempo livre/lazer). O mesmo material (BRASIL, 2012, p. 17) define a atividade física como qualquer movimento corporal voluntário humano, que resulta em um gasto energético acima dos níveis de repouso, essa definição é também encontrada em outros documentos (CONFEE, 2010).

Recomendações de PC e AF para saúde são amplamente difundidas pela sociedade. Atualmente o Ministério da Saúde do Brasil adota as diretrizes desenvolvidas pelo World Health Organization (WHO, 2010) onde se recomenda uma quantidade média de pelo menos 150 minutos por dia de atividade física de intensidade moderada por semana ou aproximadamente 75 minutos por semana de AF vigorosa em sessões de pelo menos 10 minutos de duração para adultos de 18 a 64 anos para saúde.

Em um estudo transversal realizado por Lima, Levy e Luiz (2014) utilizaram dados de 52.779 adultos, habitantes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal com o objetivo de comparar o resultado da classificação de atividade física – AF segundo cinco diretrizes internacionais, observou-se que regularmente, as diferenças na elaboração das recomendações refletiram em classificações desiguais para o mesmo volume de AF, mostrando que ainda existem dúvidas a respeito da quantidade mínima de AF necessária para alcançar benefícios para a saúde.

Segundo Guthold *et al.* (2018), cerca de metade da população brasileira é sedentária. Conforme informações coletadas durante 15 anos, 47% dos adultos no Brasil não praticam atividades físicas suficientemente, ou seja, não cumpre o mínimo indicado pela WHO. Por esse motivo que estratégias para enfrentar as barreiras e incentivar fatores que favoreçam a adoção e manutenção dos indivíduos aos programas de exercício devem ser realizadas.

Coelho (2009) aponta que mesmo com o crescente número de informações, publicações científicas e consensos em atividade física, o comportamento sedentário entre adultos e idosos permanece alto e evidencia que a adoção do estilo de vida ativo, embora tenha benefícios, pode ser de difícil adesão. Por esse motivo que estratégias para enfrentar as barreiras e incentivar fatores que favoreçam a adoção e manutenção dos indivíduos aos programas de exercício devem ser realizadas.

Carvalho (2016) insere em seus estudos a necessidade de pensar na realização de PC e AF para além da prevenção de DCNTs, o condicionamento físico não é objetivo exclusivo destas práticas na Saúde Pública, a melhora deste é desejada, mas deve ser complementar e processual. Ao enxergar a promoção dessas práticas, para além do condicionamento do corpo físico, encontramos espaços importantes para a criação de vínculos, fortalecimento da autonomia, da continuidade de cuidados (de si e do outro), da educação em saúde considerando aspectos culturais sociais e políticos que influenciam nas condições de saúde e adoecimento da população de forma coletiva e individual, a Saúde Mental se apresenta como área de potencial atuação do Profissional de Educação Física.

Atualmente, a Política Nacional de Saúde Mental é baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica, que segundo Furtado (2015, p.42) tem como anseio a construção de práticas de atenção às pessoas em sofrimento psíquico que superem a lógica desumanizadora da exclusão e reclusão existentes nos manicômios,

nessa perspectiva sugeriram os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, que são os dispositivos de referência e tratamento para pessoas que sofrem de diversos transtornos mentais decorrentes ou não do uso de álcool e outras drogas.

De forma geral e com base no Ministério da Saúde, os CAPS são divididos em modalidades (CAPS I; CAPS II; CAPS i; CAPS ad; CAPS III e CAPS ad III), de acordo com os tipos de transtornos atendidos; atendimentos realizados, podendo ou não ter vagas para acolhimento noturno e observação; faixa etária e número de habitantes na cidade e ou região em que o serviço está implementado.

A Portaria 336/02 do Ministério da Saúde estabelece diretrizes para o funcionamento desse serviço, e ressalta que atendimento deve ser preferencialmente, em serviços comunitários com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar a saúde, visando alcançar sua inserção na família, no trabalho e na comunidade” (VIEIRA FILHO *et al.*, 2004, p. 374)”.

Em um documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), intitulado “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial”, são apontados quais atividades terapêuticas podem ser ofertadas por esse serviço de referência, sendo destacada a necessidade de repensar conceitos, práticas e as relações de promoção a saúde entre os participantes “ técnicos, usuários, familiares e comunidade. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço” (BRASIL, 2004).

Silva (2016) aponta que no Brasil, as Práticas Corporais no processo de tratamento de usuários com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas foram inseridas a partir da lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Mesmo após 18 anos da promulgação da lei 10.216/2001, ainda são escassos os estudos que analisem e proponham o uso dessas práticas nos CAPS.

Com isso, objetiva-se descrever o processo de elaboração e articulação de um manual que visa fortalecer a realização das PC e AF como forma complementar e indissociável no cuidado de pessoas com histórico de abuso/dependência de álcool e outras drogas, e não apenas incorporar essas atividades para dentro dos muros das instituições, mas sim ressignificá-las e oportunizá-las como forma de socialização, reabilitação, saúde e lazer.



## **Metodologia**

### ***Caracterização do estudo***

Trata-se de um estudo descritivo em formato de Relato de Experiência sobre o processo de elaboração e articulação de um manual de orientação sobre práticas corporais e atividades físicas no CAPS/AD do município de Caicó/RN.

Foi desenvolvido como parte do Trabalho de Conclusão de Residência do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica - PRMAB da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - EMCM/UFRN.

### ***Local da Experiência***

O PRMAB da EMCM/UFRN teve sua primeira turma iniciada em 2016, visando contribuir na melhoria da saúde do Seridó Potiguar e formar profissionais com a perspectiva de ensino em serviço atuando em diferentes dispositivos da rede de atenção à saúde dos municípios de Caicó e Currais Novos.

Em 2019, com a reestruturação dos campos de atuação da PRMAB da EMCM/UFRN, o CAPS modalidade AD situado no município de Caicó/RN passou a fazer parte dos dispositivos de saúde selecionados para receber os residentes alocados nesse município.

Devido ao Parâmetro Assistencial, uma pactuação entre os municípios próximos, o CAPS/AD de Caicó/RN é responsável pela assistência de usuários de toda região do Seridó, composta por 24 municípios (Acari, Bodó, Cerro Corá, Carnaúba dos Dantas, Caicó, Cruzeta, Currais Novos, Equador, Florânia, Ipueira, Jardim de Piranhas, Jardim do Seridó, Jucurutu, Lagoa Nova, Ouro Branco, Parelhas, São Fernando, São Vicente, São João do Sabugi, São José do Seridó, Santana do Seridó, Serra Negra do Norte, Timbaúba dos Batistas e Tenente Laurentino Cruz.). Mesmo assim o serviço não conta com vagas de acolhimento noturno e observação, redirecionando essa demanda, quando necessária, para o CAPS III ou os leitos no Hospital Geral (Hospital Regional do Seridó).

## **Processo de elaboração do manual**

A oportunidade de vivenciar a rotina do CAPS, modalidade álcool e outras drogas, foi de fundamental importância para a construção do manual, entender as carências e as potencialidades desse serviço só foi possível a partir da imersão proporcionada pelo rodízio Educação em Saúde, que se configura com a atuação de residentes nos seguintes dispositivos: CAPS III, CAPS AD, Centro Referência de Assistência Social – CRAS e Centro Referência Especializado de Assistência Social – CREAS.

O processo de elaboração do Manual exigiu a definição de alguns passos precedentes para que o mesmo atendesse mais fidedignamente as necessidades encontradas, tanto na vivência durante o rodízio quanto nas conversas com a equipe técnica e usuários. Inicialmente foram realizados três encontros antes da elaboração do manual propriamente dito.

O primeiro encontro teve por objetivo a sensibilização da Coordenação do CAPS/AD. Nesse momento foram apresentados a proposta de elaboração do manual e algumas experiências exitosas encontradas em artigos da área, envolvendo a relação entre PC e AF com Saúde Mental.

No segundo encontro, assim como no primeiro houve a apresentação da proposta de elaboração do manual e de algumas experiências exitosas, porém ele foi destinado ao acolhimento das necessidades de PC e AF trazidas pelos profissionais presentes, devido ao regime de trabalho com distribuição de carga horária diferente para cada profissional, existe uma certa complexidade para reunir todos os profissionais em um único momento, então a reunião foi realizada com os profissionais disponíveis, participaram o Coordenador, a Terapeuta Ocupacional e o Profissional de Educação Física. Nesse momento cada profissional elencou aquilo que achava prioritário para oferecer aos usuários, todas as sugestões foram anotadas em um diário de campo. Já o último encontro, ocorreu de maneira informal com os usuários do serviço, que estavam presentes no dia. Teve o intento principal a escuta de suas predileções relacionadas a PC e AF, suas vivências anteriores, e o acolhimento das demandas trazidas.

Outro passo importante que precedeu a criação do manual propriamente dito, foi a articulação com alguns parceiros da cidade ou região, objetivando o

fortalecimento das atividades oferecidas, bem como o convívio com diferentes setores da sociedade. Os parceiros pensados foram projetos sociais, Profissionais de Educação Física ou grupos que desenvolvessem PC e AF para que possam realizar oficinas, apresentações, aulas de viés mais prático, de forma voluntária para que os usuários do CAPS AD possam vivenciar múltiplas experiências corporais. A ideia principal desse ponto é criar uma lista de contato de profissionais sensíveis ao propósito do manual. Para que a equipe tenha essas pessoas como parceiros em ações eventuais, sem compromisso de horário fixo, tudo articulado de acordo com disponibilidade do profissional e do serviço

O contato prévio ocorreu de maneira informal, com profissionais que preferencialmente já desenvolveram alguma atividade em parceria com os residentes. Essa aproximação foi essencial para explicar o conteúdo do manual, bem como a importância da participação desse profissional como parceiro na participação de futuras atividades, sendo ele positivo e autorizado, foram disponibilizados os contatos de cada segmento. Essa lista pode ser constantemente atualizada e novas atividades podem ser inseridas.

## **Escolha das modalidades**

A elaboração do manual levou em consideração as demandas pensadas pelos usuários e equipe técnica do serviço, bem como visou atividades que favorecessem a integração social, autocuidado, bem estar físico e mental, melhoria de capacidades físicas funcionais, lazer e o acesso desses indivíduos aos elementos da cultura corporal que para muitos foram negados ou negligenciados por toda a vida. As modalidades propostas são divididas em 4 categorias, são elas: Treinamento Resistido, Práticas Corporais, Esportes e Jogos. Em cada uma são sugeridas atividades relacionadas ao tema.

O Treinamento Resistido Manual – TRM, é uma opção acessível para o treinamento da capacidade física força muscular, um dos componentes da aptidão física relacionada a saúde, que tem grande impacto na qualidade de vida das pessoas, segundo Santarém (2000, p. 5) o fortalecimento dos músculos esqueléticos com exercícios resistidos suaves e gradativos diminui a solicitação cardíaca durante as atividades da vida diária, pelo mecanismo da diminuição da

intensidade relativa dos esforços, com importante efeito na qualidade de vida e na profilaxia de intercorrências patológicas. No TRM como mostram Teixeira e Gomes (2016, p. 24), os exercícios são realizados em duplas, e uma pessoa exerce resistência manual contra a outra. Permite que exercícios de força sejam executados sem a dependência de equipamentos sofisticados.

As práticas corporais, são atividade que despertam a consciência e o cuidado de si e com o outro, levando as pessoas praticantes a uma maior sociabilização. O elemento toque terapêutico foi citado em um estudo publicado na Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas - SMAD, e Da Silva *et al.* (2012) relatam experiências exitosas em um CAPS, utilizando atividades que o envolviam, como também os elementos Imagem Corporal, Expressão Corporal e Relaxamento.

De acordo com Da Silva *et al.* (2012, *apud* MONTAGU, 1988), o toque terapêutico objetiva diminuir a dificuldade para estabelecer contato físico, proporcionar corpos mais livres de bloqueios e mais preparados para o convívio social. Essa atividade por sua vez promove o relaxamento que tem como propósito: “diminuir tensões físicas, despertar sensações de quietude mental e leveza corporal, promover a autovalorização, estimular a serenidade, paz interior, confiança nas outras pessoas e em si mesmo” (SILVA, 2012).

A modalidade esporte compõe o manual através jogos dos pré-desportivos, que são adaptações dos esportes tradicionais, com caráter recreativo ou de aprendizagem de movimentos específicos de determinada modalidade. Em um estudo recente Abib *et al.* (2010) apresentam as potencialidades de uma oficina de futebol em um centro de atenção psicossocial em Porto Alegre – RS. A partir da prática de um elemento da cultura corporal local, o futebol, foi possível observar situações de protagonismo dos usuários, organização coletiva e pessoal, resoluções de conflitos, integração entre os participantes e bem-estar.

Assim como no estudo citado a inserção dessas atividades pode vir a se tornar um espaço terapêutico, assim como foi citado na experiência acima. Segundo Bittar *et al.* (2013), os jogos pré-desportivos dispensam a necessidade de recursos financeiros e também satisfazem necessidades diferentes.

A modalidade Jogos é manifestada através de atividades de construção de jogos, que por sua vez estimulam o exercício da criatividade, resgate de elementos culturais através da Arteterapia que se configura como dispositivo terapêutico

onde “ absorve saberes das diversas áreas do conhecimento, constituindo-se como uma prática transdisciplinar, visando a resgatar o homem em sua integralidade através de processos de autoconhecimento e transformação” (COQUEIRO; VIEIRA; FREITAS, 2010).

De acordo com Marinho (2017) os jogos e brincadeiras sempre estiveram presentes na vida das pessoas seja com muita ou pouca frequência, em seus diversos tipos, com significações e inseridos em culturas diferentes. Sendo por muitos considerado apenas como momento livre, desprezado de importância ou significado aparente.

Para os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) de 1998, os jogos assim como em na maioria das situações de prática corporal produzem excitação, a elevação de batimentos cardíacos e de tônus muscular, a expectativa de prazer e satisfação, e a possibilidade de gritar e comemorar, configuram um contexto em que sentimentos de raiva, medo, vergonha, alegria e tristeza, entre outros, são vividos e expressos de maneira intensa (BRASIL, 1998).

### Aspectos avaliativos

Além das modalidades propostas o manual conta também com recomendação de algumas formas de avaliação tanto da Atividade física proposta (nível, intensidade, tipo, volume, etc.) como da prática profissional em si, entendendo esse processo como um ato crítico que nos subsidia na verificação de como estamos construindo o nosso projeto (LUCKESI, 2000).

O primeiro deles é a aplicação do Questionário Internacional de Atividade Física (*International Physical Activity Questionnaire*, IPAQ) em todos os usuários, que pode ser feito no acolhimento ou em momento apenas com o Profissional de Educação Física, como forma de anamnese. Segundo estudo este questionário “ é instrumento com boa estabilidade de medidas e precisão aceitável para uso em estudos epidemiológicos com adultos jovens, de meia-idade e com mulheres e homens idosos” (BENEDETTI *et al.*, 2007, p.12).

A utilização da Escala de Borg Percepção Subjetiva de Esforço “ destaca-se por sua ágil e fácil aplicabilidade na prescrição” (BORG, 2000; BRANDÃO *et al.*, 1989), ou a Escala de Fácies que “ é um instrumento baseado na comunicação

não verbal, sua inserção apresenta-se mais abrangente” (COSTA *et al.*, 2004) uma vez que ela utiliza de identificação de expressões faciais pelo próprio usuário para formular a percepção subjetiva de esforço.

E por fim uma avaliação qualitativa com o desejo de escutar a opinião dos usuários a respeito das práticas desenvolvidas, fazendo assim um exercício de protagonismo e melhoria da qualidade do serviço ofertado. É um momento também de estreitamento de laços, o simples ato de chamar todos os participantes e facilitadores para se reunir em formato de roda e propor que comentem o que sentiram, se alguém já teve experiências com esse tipo de atividade, o que poderia ser mudado, propostas para os próximos encontros, já se configura como um momento potente.

Figura 1. Fluxograma dos passos necessários para a elaboração do Manual.



Fonte: Fluxograma dos passos cumpridos para a elaboração do Manual.

### Considerações finais

Em tempos de constantes ataques as Políticas Sociais; a promoção da abstinência em detrimento a estratégia de redução de danos; a valorização e incorporação de serviços na RAPS que reforçam a lógica médico-centrada inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social, se

faz necessário a defesa e o fortalecimento das ações oferecidas pelos CAPS.

As modalidades escolhidas para a construção do manual se mostraram sugestivas uma vez que abrangeram diferentes tipos de práticas, o que pode contemplar o interesse de muitos participantes em adotar a realização de determinada atividade para além dos muros das instituições, com autonomia e considerando seus interesses pessoais e predileções.

As atividades propostas consideram também a utilização de materiais e espaços disponíveis e condizentes com a realidade do serviço, além disso foram pesquisadas experiências exitosas em outros CAPS do país. Uma preocupação constante para que os elementos contidos no manual sejam aplicáveis.

A contribuição deste estudo oferece subsídios para a realização e fomento de discussões sobre Práticas Corporais e Atividades Físicas - PC e AF no âmbito da Saúde Mental. Entendendo essas práticas como forma complementar e indissociável no cuidado oferecido pelos CAPS, trazendo benefícios já comprovados cientificamente em caráter biológico, mental e social. Porém, é de fundamental importância que novos estudos sejam realizados a partir dessa proposta, tais como: efetividade de sua execução; a percepção de usuários, familiares e profissionais a respeito do manual; sua aplicabilidade em outros dispositivos da RAPS; e assim por diante.

## Referências

- ABIB, L. T. *et al.* Práticas corporais em cena na saúde mental: potencialidades de uma oficina de futebol em um centro de atenção psicossocial de Porto Alegre. **Pensar a Prática**, v. 13, n. 2, 2010.
- BENEDETTI, T. R. B. *et al.* Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 13, n. 1, p. 11-6, 2007.
- BITTAR, I. G. L. *et al.* Efeitos de um programa de jogos pré-desportivos nos aspectos psicobiológicos de idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 713-725, dez. 2013.
- BORG, G. **Escalas de Borg para a dor e o esforço percebido**. São Paulo: Manole, 2000.
- BRANDAO, M. R. F. *et al.* Percepção do esforço: uma revisão da área. **Rev. Br. Cienc. Mov.**, v. 3, p. 34-40, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental No Sus: Os Centros De Atenção Psicossocial**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 2004. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf). Acesso: 10 jun. 2019.
- BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: Educação Física** / Secretaria de Educação Fundamental. Brasília: MEC/SEF, 1998. 114 p.
- CAMARA, F. M. *et al.* Educação Física na promoção da saúde: para além da prevenção multicausal. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, v. 9, n. 2, 2010.
- CARVALHO, F. F. B. Práticas corporais e atividades físicas na atenção básica do sistema único de saúde: ir além da prevenção das doenças crônicas não transmissíveis é necessário. **Movimento**, v. 22, n. 2, 2016.
- COELHO, C. F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 22, n. 6, p. 937-946, dez. 2009.
- CONFED – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **ESTATUTO DO CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA**, n. 237, Seção 1, p. 137-143, dez. 2010. Disponível em: <https://www.confed.org.br/confefi/conteudo/471>. Acesso em: 15 maio 2019.
- COQUEIRO, N. F.; VIEIRA, F. R. R.; FREITAS, M. M. C. Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. **Acta paul. Enferm.** São Paulo, v. 23, n. 6, p. 859-862, 2010.
- COSTA, M. *et al.* Percepção subjetivo do esforço. Classificação do esforço percebido: proposta de utilização da escala de faces. 2004.
- DA SILVA, P. P. C. *et al.* Práticas corporais no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas: a percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 41, n. 1, p. 3-9, 2019.
- FURTADO, R. P. *et al.* O trabalho do professor de educação física no CAPS: aproximações iniciais. **Movimento**, v. 21, n. 1, p. 41-52, 2015.
- GARCIA, R. P.; LEMOS, K. M. A Estética como um valor na Educação Física. **Revista Paulista de Educação Física**, v. 17, n. 1, p. 32-40, 2003.
- GUTHOLD, R. *et al.* Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. **The Lancet Global Health**. 2018.
- LIMA, D. F.; LEVY, R. B.; LUIZ, O. do C. Recomendações para atividade física e saúde: consensos, controvérsias e ambiguidades. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 36, p. 164-170, 2014.
- LUCKESI, C. C. **Avaliação da Aprendizagem Escolar**. São Paulo: Cortez, 2000.
- MALTA, D. C. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, jun. 2016.
- MARINHO, B. M. de A. **O Uso de Jogos como Estratégia de Inclusão nas Aulas de Educação Física**. 2017. 40f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.
- MOTA, J. Atividade Física e Lazer – contextos atuais e ideias futuras. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, v. 1, n. 1, p. 124-129, 2001.
- SANTARÉM, J. M. Promoção da saúde do idoso: a importância da atividade física. **Saúde total**, out. 2000.
- SANTOS, S. C.; KNIJNIK, J. D. Motivos de adesão à prática de atividade física na vida adulta intermediária. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, v. 5, n. 1, 2009.
- SILVA, P. P. C. da *et al.* Práticas corporais no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas: a percepção dos usuários. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Porto Alegre, v. 41, n. 1, p. 3-9, Mar, 2019.
- SILVA, S. B. da; PEDRAO, L. J.; MIASSO, A. I.. O Impacto da fisioterapia na reabilitação psicossocial de portadores de transtornos mentais. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental. Álcool Drog.**

(Ed. port.), Ribeirão Preto, v.8, n.1, p.34-40, abr. 2012.

TEIXEIRA, C. V. L. S.; GOMES, R. J. Treinamento resistido manual e sua aplicação na educação física. *Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício*, v. 15, n. 1, p. 23-35, 2016.

VIEIRA FILHO, N. G. *et al.* A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estud. psicol. (Natal)*, vol.9, no.2, Natal, maio/ago., 2004.

WHO. World Health Organization. *Global recommendations on physical activity for health*. Genebra: WHO; 2010.

## CAPÍTULO 8

# RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E A PERSPECTIVA DE UMA ATENÇÃO HUMANIZADA NO PROCESSO DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO EM UMA MATERNIDADE DO SERIDÓ

Kelly Bezerra de Oliveira  
Kleylenda Linhares da Silva  
Humberto Medeiros Wanderley Filho  
Aline Cristina Silva

### Introdução

O abortamento tem representado nos últimos anos uma grave questão de saúde pública, em decorrência, sobretudo do alto índice de morte materna com a sua relação. Uma questão que permeia um intenso debate de perspectivas legais, sociais, culturais e morais, como também dimensões de variadas desigualdades de acesso à saúde, educação entre outras.

É notório observar que os abortamentos são provocados pelas mais diferentes formas, já que, para um grande contingente de mulheres, o abortamento resulta de necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo, envolvendo a falta de informação sobre anticoncepção, dificuldades de acesso a métodos, falhas no seu uso, uso irregular ou inadequado, e/ ou ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde. É preciso destacar que, para muitas mulheres, a gestação que motiva o abortamento resulta de violência sexual, seja por desconhecido, seja cometida pelo parceiro ou outro membro em âmbito doméstico e/ou intrafamiliar (BRASIL, 2011).

Além disso, diversos aspectos ainda inibem o cálculo real da magnitude dos abortamentos realizados no país. A problemática necessita de uma maior atenção, pois é sabido que o abortamento é praticado com diferentes meios,

muitas vezes induzidos pela própria mulher ou realizados em condições inseguras por desespero, tendo como consequências danos à saúde ou podendo levar a óbito essas mulheres. Em paralelo a isso, a maternidade é entendida como um período marcante no desenvolvimento da mulher, no entanto, determinados aspectos, podem mascarar processos excludentes, violação de direitos e reprodução de violências objetivas e subjetivas para as mulheres.

A forma como é estruturado o trabalho coletivo em saúde se configurando por meio de intervenções profissionais fragmentadas, com pouca articulação interdisciplinar, apontando como objeto puramente a doença ou procedimentos, sem levar em consideração propriamente a saúde, é uma problemática desafiadora para os profissionais da saúde que buscam efetivar um atendimento humanizado. Visando romper essa lacuna, as Residências Multiprofissionais em Saúde caminham em uma perspectiva que procura romper com o distanciamento entre as profissões, buscando uma correlação entre os saberes e práticas profissionais.

Desse modo, essa modalidade de formação vem se situando enquanto estratégia estimuladora de processos de mudança no modelo assistencial na saúde, os quais estão estruturados em alguns serviços, como também rompendo com perspectivas conservadoras no atendimento. Nesse sentido, o presente estudo parte da observação da realidade de um Hospital maternidade no interior da região do Seridó, localizado no município de Caicó, no Rio Grande do Norte, no qual a Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil está inserida, oportunizando a observação da realidade e também participação da mesma, buscando a medida do possível desenvolver processos coletivos de trabalho que buscassem, minimamente, romper com a lógica de criminalização do abortamento, dando visibilidade a essas mulheres enquanto pessoas que necessitam de um atendimento humanizado para a manutenção de suas vidas.

A partir da inserção dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil, observou-se através de atendimentos cotidianos na maternidade, registrados em diário de campo, que uma parcela da equipe de saúde apresentava dificuldades e certas limitações acerca da assistência à saúde prestada às mulheres em situação de abortamento neste espaço, provavelmente derivando do desconhecimento de Direitos relacionados ao tratamento do abortamento, dificuldades acerca da comunicação com a usuária e

seus acompanhantes, ausência de acolhimento e poucos registros de atendimentos direcionados a essas mulheres.

Nesse sentido, alguns levantamentos destacam a importância dessa temática ter sido abordada neste estudo, que faz parte de um trabalho de conclusão de residência. Uma das principais conclusões apontadas na Pesquisa Nacional do Aborto (PNA), de 2016, conduzida por Pesquisadores da Universidade de Brasília (UNB) e do Instituto Bioética, Direitos Humanos e Gênero (ANIS) constatou-se que na realidade brasileira, uma a cada cinco mulheres, ao completar 40 anos, terá feito um aborto (MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS, 2016).

No Brasil, o aborto é legalizado em casos de violência sexual e de risco de vida para a gestante. A partir de 2012, por decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) a antecipação terapêutica do parto pode ser solicitada em casos no qual o feto apresente condição de anencefalia (com má formação do cérebro e do córtex). A decisão da suprema corte foi deferida em julgamento nos dias 11 e 12 de abril de 2012 da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPT) Nº 54 impetrada pela Confederação Nacional dos Trabalhadores da saúde (CNTS) em que teve por objetivo a interpretação conforme as constituições dos artigos do código penal que tratam do aborto, visando tornar legal a interrupção da gravidez de feto anencefálico (BRASIL, 2012).

Contudo, mesmo com a legalidade da prática, é notória a complexidade dos procedimentos de interrupção da gravidez e da relação dos profissionais de saúde com as mulheres em processo de abortamento. Uma das principais causas para uma profunda reflexão sobre o atendimento e o acolhimento a essas mulheres em processo de abortamento são os valores morais, religiosos e filosóficos que os profissionais de saúde expressam.

Nesse sentido, a discussão da temática em foco busca contribuir com a compreensão da perspectiva de atenção humanizada no processo de atendimento às mulheres em situação de abortamento, bem como promover a reflexão das implicações geradas pela naturalização de alguma lógica que submeta as usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) a alguma forma de violação de seus direitos.

As lutas sociais pela igualdade de gênero ao longo da história têm sido recorrentes, no entanto, as expressões das discriminações ainda são predominantes em diferentes espaços da sociedade. Dessa forma, desenvolver e fortalecer

estudos voltados para essa questão contribui com a compreensão dos problemas e dificuldades enfrentadas pelas mulheres na saúde, no trabalho, na vida e como se tem estabelecido suas relações sociais, em especial a saúde sexual e reprodutiva.

No Brasil, ao longo dos anos, a atenção à saúde da mulher tem tido um maior processo de reflexão e algumas questões estão sendo colocadas enquanto prioridade, embora exista ainda muito a ser avançado do ponto de vista cultural, bem como no planejamento e efetivação de políticas sociais, em especial a de saúde como uma prioridade. Nessa lógica, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) engloba a compreensão da concepção de gênero, a integralidade e a promoção da saúde enquanto fundamentos orientadores, e visa solidificar as conquistas na esfera dos direitos sexuais e reprodutivos.

Dessa forma, promover a saúde da mulher, abrangendo a atenção ao abortamento em condições seguras, constitui um dos objetivos específicos dessa política. Salienta-se que o método proposto para essa consecução perpassa pela qualificação e humanização da atenção à mulher em situação de abortamento (BRASIL, 2011).

A problemática do aborto na sociedade brasileira se insere enquanto expressão de desigualdade social, à medida que uma significativa parcela das mulheres não dispõe de uma assistência e atenção à saúde qualificada, humanizada e integral. Tendo isso em vista, o presente estudo tem o objetivo geral abordar a perspectiva da humanização no atendimento às mulheres em processo de abortamento no Hospital do Seridó em Caicó/RN, região interiorana do sertão potiguar. Além disso, como objetivos específicos buscaram-se apontar os aspectos éticos e jurídicos relacionados ao abortamento no Brasil, relatar como ocorre o atendimento no Hospital do Seridó às mulheres em processo de abortamento e se propõe a construir um fluxo de atenção humanizada para a assistência às mulheres em situação de abortamento nesse serviço de saúde.

## Metodologia

Trata-se de um relato de experiência com uma abordagem qualitativa, tendo em vista que o mesmo visa apreender os significados subjetivos e objetivos da ação humana, pois o viés qualitativo busca uma análise aprofundada dos fenômenos sociais investigados, um olhar para além da descrição precisa do

objeto. Como aponta Richardson (2010) à abordagem qualitativa de um problema, além de ser uma opção do investigador, justifica-se, sobretudo, por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social.

Em um primeiro momento, o relato de experiência assentou-se em uma revisão de literatura que interliga o conjunto de debates inscritos no nosso eixo temático proposto e nos possibilita realizar reflexões e análises críticas do tema, além de um amplo acesso às informações já publicadas para complementar e qualificar presente trabalho. O estudo se valeu de fontes colhidas por meio de pesquisa documental, com a análise de dados produzidos pelo Hospital do Seridó, Ministério da saúde e normas técnicas, bem como registros de atendimentos e de atividades executados pela equipe de pesquisa junto às mulheres, com a utilização de diário de campo, importante e rico instrumento para registro das informações e percepções em relação ao objeto da pesquisa durante a observação realizada.

Assim, a observação participante tem o intuito de permitir uma maior aproximação com o objeto e sujeitos da pesquisa, desta forma, apreender as perspectivas e relações que se estabelecem no contexto no qual se inserem, pois de acordo com Minayo (2009) a importância desta técnica “reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas”.

O interesse para desenvolvimento dessa temática surgiu a partir das vivências no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil, que está ligado a Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – EMCM/UFRN, localizada no município de Caicó/RN, sendo estabelecido enquanto espaço de prática profissional dos residentes, o Hospital do Seridó.

Além da experiência profissional promovida pelo programa de residência, também contribuíram para a escolha do referido tema, a participação em movimentos sociais em defesa do SUS, através da construção do Coletivo Potiguar de Residentes em Saúde e dos diálogos do Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS), como também a organização política em outros movimentos sociais.

Os intensos debates, as lutas contra as opressões, as discussões sobre o combate ao machismo – traço angular do patriarcado – e o racismo forma ainda elementos fundamentais para a escolha da temática aqui proposta.

Nesse sentido, as motivações também expressam uma percepção política e de identidade diante da inserção em um espaço acadêmico e profissional, que desafia a refletir sobre os determinantes e processos de lutas historicamente travadas na sociedade contra o sistema capitalista, patriarcal e racista nos mais diversos setores e espaços sociais, de modo particular na saúde, enquanto política social, e, sobretudo, como modo particular da vida em sociedade.

O presente trabalho está organizando em quatro itens, com o intuito de apresentar elementos de debates relacionados ao aborto e a assistência humanizada às mulheres em situação de abortamento no Brasil e no lócus da pesquisa aqui referenciada. Após esta introdução, o segundo item traz uma breve análise das concepções éticas e jurídicas que permeiam a questão do abortamento, apresentando os fundamentos legais para esse debate. No terceiro item se desenvolvem apontamentos amplos sobre atendimento e garantia de direitos as mulheres em situação de abortamento no Brasil.

Além disso, no quarto item caracteriza-se o local no qual se desenvolve a análise do objeto de estudo desse trabalho, relatando também características do atendimento realizado as mulheres em processo de abortamento no Hospital do Seridó a partir da observação participante, e desse modo, no subitem final apresenta-se uma proposta de fluxo de atendimento para fortalecimento da humanização na assistência desse serviço de saúde.

### **Breves concepções éticas e jurídicas do abortamento**

Para uma assistência humanizada às mulheres no abortamento são necessárias abordagens ético-reflexivas e jurídica sobre os variados aspectos que permeiam essa questão, sempre pautadas pelos princípios da dignidade, igualdade e liberdade, enfrentando qualquer tipo de negação ou discriminação no acesso à saúde.

No plano internacional, as conferências das nações unidas reconhecem à assistência ao abortamento enquanto direito no campo da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos. A Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, estabeleceu que os direitos das mulheres e meninas são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais, e a violência de gênero, inclusive a gravidez forçada, é incompatível com a dignidade e o valor da pessoa humana.

A Conferência Mundial sobre Direitos Humanos tem como pressuposto reafirmar o compromisso solene de todos os Estados de promover o respeito universal e a observância e proteção dos direitos humanos e liberdades fundamentais de todas as pessoas, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, de 1945.

Assim, o Brasil é signatário dos documentos dessas conferências e de tratados internacionais de direitos humanos como a Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, em 1994, e a Convenção sobre eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher.

Relembrando que a discriminação contra a mulher violando os princípios da igualdade de direitos e o respeito da dignidade humana dificulta a participação da mulher, nas mesmas condições que o homem, na vida política, social, econômica e cultural de seu país, constitui um obstáculo ao aumento do bem-estar da sociedade e da família e dificulta o pleno desenvolvimento das potencialidades da mulher para prestar serviço a seu país e à humanidade. Preocupados com o fato de que, em situações de pobreza, a mulher tem um acesso mínimo à alimentação, à saúde, à educação, à capacitação e às oportunidades de emprego, assim como à satisfação de outras necessidades (ONU, 1979).

No âmbito nacional, a constituição federal brasileira vem englobando os direitos humanos internacionais estabelecendo também normas e parâmetros acerca da gestação indesejada e do abortamento, e conforme o seu art.226, inciso 7º:

O planejamento familiar é fundado no princípio da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais e privados (BRASIL, 1988).

Com relação ao código penal e jurisprudência, tem-se autorizado a interrupção de gestação em casos de malformação fetal com inviabilidade de vida extrauterina, com consentimento da mulher. O abortamento realizado por médico (a) em casos de: 1 - não havendo outro meio de salvar a mulher a vida da mulher (Art.128, inciso I) ou 2- gravidez resultante de estupro (ou outra forma de violência sexual) com o consentimento da mulher ou, se incapaz, de



seu representante legal (Art.128, inciso II) não é considerado crime e não se pune judicialmente de acordo com os artigos do nosso código penal (BRASIL, 1940).

Em 2012, o Ministério da Saúde reeditou as normas acerca dos procedimentos referentes ao atendimento ao abortamento em gravidez por violência sexual que constavam na Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes de violência sexual contra as mulheres e adolescentes publicada em 2005 (BRASIL, 2005).

Assim, os profissionais da saúde não podem sofrer consequências jurídicas caso seja revelado à posterior que a gravidez não foi apontada enquanto violência sexual, pois “é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria ação legítima” (BRASIL, 1940).

É importante ressaltar também que o código penal brasileiro não exige qualquer documento para a prática do abortamento legal, no caso de violência sexual especificamente, a mulher não tem o dever legal de noticiar o fato a polícia. Nesse sentido, deve-se orientá-la a tomar providências judiciais e policiais cabíveis, mas caso ela não o faça a assistência ao abortamento não pode ser negada.

Em matéria realizada pela Marcella Fernandes na *HuffPost* Brasil destaca-se um estudo realizado pela *International Women’s Health Coalition*, organização que atua mundialmente pelos direitos reprodutivos, apontando os impactos da chamada “Objeção de Consciência”, conceito utilizado quando os profissionais alegam questões morais ou religiosas para não atuarem em situações de abortamento ou que envolvam métodos contraceptivos (FERNANDES, 2018).

Na referida matéria, também é ressaltada a publicação da “*Unconscionable – When providers deny abortion care*” (Inconcebível – quando os prestadores negam direito ao aborto, em tradução livre), que relata um caso de uma mulher brasileira que buscou atendimento em um centro especializado para vítimas de violência no hospital da universidade estadual de Pernambuco (PE) após gravidez decorrente de estupro (FERNANDES, 2018).

Segundo essa pesquisa, o hospital ofertou uma prescrição medicamentosa para induzir o fim da gravidez com menos de 10 semanas, no entanto, no atendimento, ela ouviu de diversos profissionais da equipe de saúde frases como “*essas mulheres não tem cuidado quando transam e depois vêm aqui abortar*”.

Além disso, a usuária foi questionada constantemente se “*pensou melhor sobre o assunto*”, mas não teve uma escutada qualificada. Segundo a matéria, a mulher só recebeu assistência após cinco dias, quando uma médica a identificou do atendimento anterior e terminou o procedimento por meio de uma aspiração manual (FERNANDES, 2018).

Acerca da objeção de consciência a Resolução nº 2.232, de 17 de julho de 2019 do Código de Ética Médica aponta alguns elementos para análise:

O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente” (ART.7º). É um direito “indicar o procedimento adequado ao paciente observado as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no país” (ART.21º) e “recusa a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência” (ART.28º). É vedado “descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento” (ART.43º) e efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de responsável legal, salvo em iminente perigo de vida (ART.48º) (BRASIL, 2019).

É importante atentar-se nesse debate, pois não cabe a objeção de consciência em casos que a mulher esteja com sua vida em risco; em qualquer situação de abortamento juridicamente estabelecida, na ausência de outro profissional médico que o faça e quando a mulher estiver sobre condições de sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do profissional médico.

Nesse sentido, caso ocorra omissão por parte do profissional, existirá a possibilidade de responsabilização civil e criminalmente pela morte ou pelos danos físicos e psicológicos que ela venha a sofrer, pois poderia e deveria intervir para evitar as consequências (BRASIL, 1940).

Além disso, levando em consideração os artigos 3º, 4º e 5º do Código Civil Brasileiro, o consentimento da mulher sempre será necessário para a realização do abortamento, salvo em casos de eminente risco de vida, estando à mulher sem condições de expressar seu consentimento. Antes dos 16 anos a adolescente deve

ser representada pelos pais ou responsáveis; a partir dos 16 e antes dos 18 anos a adolescente deve ser acompanhada pelos pais ou representantes legais e a partir dos 18 anos a mulher é capaz de consentir sozinha (BRASIL, 2002).

Desse modo, visando garantir uma assistência humanizada e com autonomia, sempre que a mulher ou adolescente estiver em plena condição de discernimento e expressão da sua vontade, apontará consentimento, assim como deverá ser respeitada a sua vontade se não consentir com o abortamento.

Em dados apontados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, em 2017 registrou-se 177.464 curetagens pós-abortamento, um tipo de raspagem da parte interna do útero; outro procedimento realizado em casos de aborto é a Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), que consiste no esvaziamento do útero, sendo registrados 13.046 desses procedimentos. No mesmo ano ao todo se registrou 190.510 internações para realizações de procedimento de abortamento (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, para análise é importante apontar que os dados oficiais no Brasil sobre abortos legais são do Ministério da Saúde, estabelecidos a partir de informações coletadas nos atendimentos realizados pelo SUS. Os dados, contudo, mostram apenas os procedimentos legais, segundo esses dados em 2017, foram feitos 1.636 abortos legais no país.

Nos sistemas de informação em saúde também não constam dados de abortos ilegais, pois os procedimentos são ilegais e configurariam crime fora dos critérios estabelecidos em lei atualmente.

De acordo com o Ministério da Saúde, o aborto é a 5ª causa de morte materna nos País. Em 2016, dos 1.670 óbitos causados por problemas relacionados à gravidez ou ao parto ou ocorridos até 42 dias depois, 127 foram devido ao abortamento. Os motivos mais puerpério são outras afeções obstétricas (500), edema (341), complicações do trabalho de parto (260) e complicações relacionadas com o puerpério (246) (FERNANDES, 2018).

Segundo a Drª Maria de Fátima Marinho, do Ministério da saúde em audiência pública acerca dos Direitos da Mulher realizada na câmara dos deputados

*Foram registradas 559 mortes de mulheres brancas e 1.079 de mulheres negras, uma quantidade muito maior. O número de mães negras e de*

*mães brancas é praticamente similar, há um pouco mais de um grupo do que outro, mas a diferença na mortalidade é muito grande, mostrando uma extrema desigualdade (FERNANDES, 2018).*

Assim, tal dado aponta uma intensa desigualdade racial nessa questão, uma disparidade que se materializa na assistência à saúde das mulheres negras que enfrentam cotidianamente o racismo institucional nos espaços da saúde.

Atualmente, procedimentos de aborto clandestinos matam diversas mulheres, a legislação do Brasil em contraposição a outras é considerada bastante restritiva. As mulheres necessitam ter o direito da escolha, são seus corpos que acabam sentindo a percepção das convicções alheias ou do próprio Estado. O Brasil precisa avançar em sua legislação como os países desenvolvidos, a criminalização do aborto não reduz sua realização e intensifica sua clandestinidade.

### **Mulheres em processo de abortamento: ausência de atendimento qualificado e a negação de direitos**

Com o tensionamento da luta das mulheres e reivindicação dos movimentos feministas no país, ao longo dos anos pode ser visualizado avanços na garantia dos Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, a título de exemplo, destaca-se a lei Maria da penha, que é um elemento essencial no enfrentamento da violência doméstica e para além dela, como também a instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a).

No Brasil o abortamento tem representado um intenso problema de saúde pública, sendo umas das principais causas de mortes maternas atualmente, sobretudo atingindo mulheres negras, de comunidades pobres e marginalizadas.

Segundo a Pesquisa Nacional de Aborto realizada em 2016 pela antropóloga Débora Diniz, há uma frequência maior de abortos realizados entre mulheres de menor escolaridade. O índice é de 22% para as mulheres com até quarto e quinto ano e de 11% para as que têm nível superior. Quanto à renda, o percentual é de 16% entre as brasileiras com renda familiar de até um salário mínimo e cai para 8% nas famílias com mais de cinco salários mínimos. A questão étnico racial também se apresenta na pesquisa como um fator determinante, os indicadores expressam que 24% são indígenas, 15% negras, 14% pardas, 13% amarelas e 9% são brancas.

Assim, compreender sua abrangência e repensar soluções demanda tanto investimentos em educação e informação - vitais no aprimoramento da capacidade crítica - quanto o comprometimento constante do Estado, dos profissionais de saúde e da sociedade em geral com ordenamento jurídico nacional e alguns de seus basilares princípios: a democracia, a laicidade do Estado, a igualdade de gênero e a dignidade da pessoa humana (BRASIL, 2011).

Entre os elementos que levam as mulheres a não terem o direito ao abortamento garantido, mesmo quando este é legalizado, estão a falta de informação, a precariedade no atendimento na rede credenciada e a recusa de profissionais da saúde em realizar o procedimento. Existem também os fatores decorrentes do estigma social, como em casos de violência sexual, devido à dificuldade de denunciar o crime.

Em audiência pública corrida na câmara dos deputados em 2017, a Dr. Maria de Fátima Marinho, diretora do departamento de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde do governo federal, desse mesmo ano, apresentaram algumas informações acerca dessa problemática. Segundo essa autora, entre os anos de 2011 a 2016, cerca de 4.262 adolescentes de 10 a 19 anos tiveram uma gestação resultante de estupro e o conseqüente nascimento do bebê, ou seja, um direito previsto em lei é negado. Deste número, 1.875 eram meninas de 10 a 14 anos violentadas sistematicamente, quase 73% do total. As outras 2.387 jovens tinham entre 15 e 19 anos (FERNANDES, 2018).

Esses dados merecem uma significativa atenção, pois em muitos casos de estupro registrados, os próprios familiares são apontados pelas vítimas como violadores. Verifica-se assim, que muitas mulheres em diversos momentos em situação de abortamento podem ficar expostas a diferentes formas de negligência e violência no atendimento e na garantia do seu direito.

No âmbito da ética e do sigilo profissional, a Norma Técnica acerca da atenção humanizada ao abortamento do Ministério da saúde (CADERNO N°4) aponta:

Diante de abortamento espontâneo ou provocado, o (a) médico (a) ou qualquer profissional de saúde não pode comunicar o fato a autoridade policial, judicial, nem ao ministério público, pois o sigilo na prática profissional da assistência à saúde é um dever legal e ético, salvo para proteção da usuária e com o seu consentimento. O não cumprimento

da norma legal pode ensejar procedimento criminal, civil e ético-profissional contra quem revelou a informação, respondendo por todos os danos causados à mulher (BRASIL, 2011, p.19).

Desse modo, como expresso também na Constituição Federal, “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurando o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação” (BRASIL, 1988). Um elemento importante também é que o serviço de saúde deve manter em seu quadro, profissionais que realizem o abortamento. Caso a mulher sofra algum prejuízo em seu atendimento de ordem moral, psíquica ou física em decorrência da omissão de assistência à saúde, é passível de responsabilização institucional e /ou pessoal.

A atenção humanizada às mulheres em abortamento pressupõe o respeito aos princípios fundamentais da bioética:

a) autonomia: direito da mulher de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo; b) beneficência: obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o dano (fazer o bem); c) não maleficência: a ação deve sempre causar o menor prejuízo ao paciente, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis de suas ações (não prejudicar) e d) justiça: o (a) profissional de saúde deve atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros interfiram na relação com a mulher (BRASIL, 2011, p.22).

Nesse sentido, em situações de abortamento os profissionais da saúde devem manter uma conduta ética, sem preconceitos ou estereótipos não causando em um momento delicado para a mulher transtornos ou constrangimentos, nesse processo se materializa a importância da bioética na saúde, nas intervenções realizadas pelos profissionais.

O estudo “Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde” publicados pelo Instituto de Pesquisa Econômicas e Aplicadas (IPEA) mostra:

Dentre as mulheres adultas que engravidaram 19,3% fizeram aborto legal. Esse indicador cai para 5% quando a vítima possui entre 14 e 17 anos. A prática de aborto legal só é possível em menores quando tanto a vítima como o responsável legal estão de acordo com o procedimento. Tendo em vista que uma significativa parcela dos estupros de adolescentes é perpetrada pelos

próprios pais ou padrastos, possivelmente esses dois fatos ajudam a explicar a menor taxa de abortos legais nessa faixa etária (p.27) (BRASIL, 2014).

Esses dados revelam que, mesmo sendo esse tipo de aborto caracterizado por situação de violência, ele não é realizado sempre que possível, existindo barreiras para o acesso e a garantia efetiva dos direitos das mulheres e adolescentes.

Em outro estudo realizado por *GuttmacherInstitute*, uma organização de pesquisa sobre direitos reprodutivos, apontada que os procedimentos de aborto clandestinos ocorrem com frequência similar em países com leis mais restritas em comparação aqueles com normas bem mais flexíveis (FERNANDES, 2018, 2018).

Além disso, em países desenvolvidos como Canadá, Suécia, Holanda, Alemanha e Dinamarca o procedimento de aborto inseguro não se apresenta como uma grande questão de saúde, existindo uma compreensão nesses países que o aborto necessita ser tratado com outra análise. Nos países em subdesenvolvimento com legislação restrita como no Brasil, o risco de saúde e óbitos maternos decorrentes de aborto recai sobre as mulheres negras e pobres em sua maioria, devido às condições de intensa vulnerabilidade socioeconômica.

Assim, a ausência de uma legislação mais ampla, um atendimento qualificado, e a existência de concepções conservadoras ainda na sociedade colaboram para perpetuar os históricos de violação de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Desse modo, situações de abortamento não são sistematicamente planejadas e desejadas pelas mulheres, aborto não se caracteriza como método contraceptivo.

Em suma, argumentações que tendem a descaracterizar, de forma rasa e sem fundamentação científica e política, o avanço de pautas que garantiriam a prevenção da vida de muitas mulheres, devem ser rebatidas com elementos fundamentados na realidade concreta e cotidiana da realidade dos serviços de saúde e da vida sobretudo das inúmeras mulheres brasileiras.

### **A caracterização e o atendimento às mulheres em processo de Abortamento no Hospital do Seridó: relato de experiência a partir da observação participante**

Entre os dados publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no último censo realizado em 2010, o município de Caicó

teria a população de 62.709 habitantes e estimou-se uma população de 67.952 habitantes para o ano de 2019 (IBGE, 2010). O Hospital do Seridó está localizado no bairro Paraíba, na cidade de Caicó, estado do Rio Grande do Norte. Inaugurado em 07 de agosto de 1926, o Hospital atualmente é referência para assistência materno-infantil para as demais regiões do Seridó como os municípios de São Fernando, Jardim de Piranhas, Jardim do Seridó, Timbaúba dos Batistas, Ouro Branco, Cruzeta, Acari, Ipueira, São João do Sabugá, Florânia, São José do Seridó, Jucurutu, Cerro Corá e Santana do Seridó.

Além disso, é importante apontar que em seu histórico o Hospital do Seridó, anteriormente, pela lei nº 446 de 30 de outubro de 1969, tinha um caráter de fundação para prestação de serviços de assistência médica, chamada Fundação Dr. Carlindo Dantas. Em 2017, por meio de intervenção judicial, a fundação passou a ser gerida por administração pública do município de Caicó/RN.

A referida unidade de saúde caracteriza-se como um hospital de risco habitual, onde são prestados atendimentos e internações de obstetrícia, pediatria, clínica médica e cirúrgica, adulta e pediátrica, com um total de 78 leitos, sendo 64 destes destinados ao atendimento do SUS e 14 para convênios médicos e atendimentos particulares.

No que tange sua estrutura física, a unidade se divide nos seguintes setores assistenciais: ala hospitalar com as enfermarias adultas; ala obstétrica, com alojamentos conjuntos da maternidade; ala pediátrica e ala dos apartamentos e enfermarias para particulares e convênios médicos.

Assim, a unidade hospitalar que é referência para atendimento pediátrico e materno funciona 24 horas por dia, possuindo um quadro de escala de funcionários por plantão para profissionais da área da saúde, em regime de contrato temporário e alguns servidores concursados do Estado. Atualmente, a instituição conta com uma equipe de profissionais das mais diversas áreas nos cargos de nível médio, técnico e superior dedicados a prestar serviços de assistência à saúde nesse serviço.

Em março de 2018 o Hospital do Seridó por meio de articulação institucional recebeu em seu corpo profissional a primeira turma de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil, da EMCM/UFRN. Esse programa de residência conta com a inserção de doze residentes de seis categorias profissionais, a saber: Enfermeiros, Nutricionistas, Psicólogos,

Assistentes Sociais, Farmacêuticos e Fisioterapeutas. Assim, o Hospital passou a contar com uma assistência especializada com profissionais que anteriormente não existia na instituição.

Os Programas de Residência multiprofissional em Saúde situam-se em uma modalidade de Pós-graduação *latos sensu* destinada às profissões da Saúde, exceto a médica, sobre a forma de curso de especialização, e foram criadas através da Lei n ° 11.129 do ano de 2005 (BRASIL, 2005). Assim, a qualificação do SUS vem implicando em um movimento amplo de mudanças no processo de trabalho em saúde, o que comporta diferentes estratégias. As Residências constituem-se entre essas estratégias importantes de ensino-serviço-comunidade, possibilitando também a formação de profissionais comprometidos com a consolidação e fortalecimento do SUS.

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras (BRASIL, 2004b, p.3).

A potencialidade da residência consiste em sintonizar trabalho e formação, e situar as necessidades de saúde da população como eixo norteador da qualificação dos profissionais, além de constituir-se numa formação pautada pelo trabalho em equipes. Desse modo, a inserção da Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil no cenário de prática tem o objetivo de possibilitar mudanças nos processos de trabalho, contribuindo de forma significativa na ampliação e melhoria da assistência aos usuários do Hospital do Seridó. Para, além disso, inúmeras necessidades de discussões permeiam esse serviço de saúde, questões que até então eram pouco levantadas no seu contexto, e a temática da assistência ao abortamento era uma delas.

Em casos de abortamento realizados no Hospital do Seridó, observou-se a partir da prática cotidiana, que uma parcela de profissionais adota em sua conduta concepções *consideradas conservadoras*, expressando pré-julgamentos baseados em vestimentas e uso de tatuagens, elemento visualizado nos diálogos

interprofissionais desenvolvidos diante de atendimentos. No entanto, *a atuação multiprofissional da residência tem levantado discussões e reflexões no cenário da maternidade* sobre acolhimento, humanização na saúde, violência obstétrica, novos métodos não farmacológicos para alívio da dor, comunicação efetiva, ambiência, trabalho em equipe entre outros. A bandeira da defesa de uma atenção à saúde da mulher é sempre demarcada com o intuito de garantir o respeito, a autonomia e a liberdade quando ocorrem esses casos.

As mulheres que buscam os serviços de saúde em situação de abortamento espontâneo, induzido ou provocado, geralmente, estão vivenciando uma realidade difícil, expressando diversos tipos de sentimentos como solidão, ansiedade, medo, angústia e culpa. “As mulheres chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento sua experiência é física, emocional e social. Geralmente, elas verbalizam as queixas físicas, demandando solução, e calam-se sobre suas vivências e sentimentos” (BRASIL, 2011, p.23).

Assim, a necessidade de um acolhimento adequado com as usuárias é um elemento importante para uma atenção de qualidade e humanizada as mulheres em processo de abortamento. No Hospital do Seridó, percebeu-se ausência de um acolhimento efetivo, durante a entrada das mulheres em situação de abortamento, *observando-se pouco contato estabelecido no atendimento a essas mulheres*. Geralmente as mulheres chegam para avaliação obstétrica inicial e depois de constatado a necessidade da realização de algum procedimento são encaminhadas ao alojamento, nessa permanência somente alguns profissionais adentram a enfermaria para verificação de demandas para além da realização do abortamento.

A equipe de residentes com o intuito de modificar a realidade dos atendimentos ofertados na maternidade do Hospital do Seridó, formulou uma estratégia chamada de “visita multiprofissional”, que consiste em passadas em leito de forma multiprofissional para identificar demandas e desenvolver encaminhamentos necessários para as usuárias.

O acolhimento e a orientação são elementos importantes para uma atenção humanizada de qualidade às mulheres em situação de abortamento. Acolhimento é o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso e a resolubilidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, as orientações realizadas às mulheres em processo de abortamento devem ser claras e detalhadas, visando não gerar dúvidas ou desconforto durante a assistência recebida. A partir da técnica da observação participante para o presente estudo, quando do atendimento às mulheres, *identificou-se que grande parte das mulheres não sabia como seria realizado o procedimento do abortamento ou qual intervenção medicamentosa estava sendo utilizadas para tal*. Infere-se com isso, que a mulher agrava o seu estado de vulnerabilidade, não sendo esclarecida sobre qual Procedimento Operacional Padrão (POP) será submetida, não podendo opinar de forma qualificada nesse processo que afeta sua vida.

A orientação pressupõe o repasse de informações necessárias à condução do processo pela mulher como sujeito da ação de saúde, a tomada de decisões e ao autocuidado, em consonância com as diretrizes do sistema único de saúde (SUS). É muito importante que o profissional certifique-se de que cada dúvida e preocupação das mulheres sejam devidamente esclarecidas para garantir uma decisão informada (BRASIL, 2011. p. 23).

Em muitos casos, no Hospital do Seridó as mulheres passam por um procedimento chamado de curetagem e ocorre a utilização também do medicamento Misoprostol para esvaziamento do colo uterino. É importante deixar evidente a necessidade das mulheres serem informadas sobre qualquer procedimento que venha a acontecer no processo de abortamento a ser realizado nos sérios de saúde e também no próprio Hospital do Seridó, tendo em vista respeitar as decisões das mulheres.

Um ponto básico também para análise para a assistência no abortamento é a constante imposição de juízos de valores e pré-julgamentos pelos profissionais da saúde, inclusive esse elemento foi observado nos atendimentos realizados no Hospital do Seridó. A identificação das necessidades de saúde da mulher deve ser prioritária e cabe ao profissional dos serviços de saúde adotar uma conduta que valorize as queixas e demandas dessas mulheres com empatia e respeito principalmente, buscando refletir constantemente sobre a sua prática profissional.

Assim ao lidar com assistência ao abortamento, um atendimento multiprofissional caracteriza-se como de fundamental importância, à medida

que a possibilidade de dar respostas às problemáticas existentes são mais efetivas com um olhar ampliado da mulher, indo além da dimensão biomédica. No relato de experiência descrito aqui, a partir de uma observação participante, *destaca-se ainda a dificuldade do trabalho em equipe e ausência de comunicação efetiva entre os profissionais do Hospital do Seridó*.

Devemos considerar que o papel de cada profissional no acolhimento e orientação estar relacionado à sua formação profissional. No tocante a escuta, é fundamental considerar a atenção psicossocial às mulheres em situação de abortamento, integrando assistentes sociais e psicólogos no atendimento, com suas respectivas especificidades na atenção à saúde, quando possível (BRASIL, 2011. p.25).

Nesse sentido, os diferentes enfoques profissionais podem garantir uma assistência especializada e qualificada principalmente nessas questões. Na unidade de saúde o ideal é que a mulher tenha os atendimentos corretos e passe pelos setores necessários da porta de entrada aos demais.

É importante ressaltar que garantir a privacidade da mulher no atendimento e a confidencialidade das informações são fatores primordiais nos serviços de saúde. Durante o processo de construção do presente trabalho, *verificaram-se dificuldades relacionadas à escuta qualificada* de alguns profissionais em atendimento às mulheres em situação de abortamento, expressos na ausência de conhecimento de seu quadro clínico e situação emocional, confusão acerca de dados pessoais, realização de procedimentos técnicos sem informações, ausência de comunicação com a usuária e seus acompanhantes.

Todos os profissionais da saúde devem promover a escuta qualificada, evitando comentários desrespeitosos e julgamentos. Respeitar a autonomia das mulheres e seu poder de decisão, procurando estabelecer uma relação de confiança (BRASIL, 2011).

Ainda mais, em casos de abortamento é necessário orientar as mulheres quanto à sua escolha contraceptiva no momento do pós-abortamento, informando, inclusive, sobre a contracepção de emergência. Esse é um limite percebido no Hospital do Seridó, *são poucos os profissionais que garantem essas orientações e futuros encaminhamentos à usuária* de acordo com as necessidades detectadas.

Em suma, a atenção humanizada perpassa muitos elementos no tocante

as práticas profissionais e no Hospital do Seridó existe a necessidade de educação permanente em saúde, embora também a assistência aos usuários/as sofra influência de elementos estruturais como baixos salários, ausência de valorização profissional, precária estrutura física do hospital e ausência de investimentos na rede de saúde do município.

Em diversos serviços de saúde existem o desenvolvimento de protocolos e procedimentos padrões com a finalidade de qualificar e adotar mudanças significativas nas condutas e práticas dos profissionais da saúde, pensando nesse processo e na necessidade de fortalecimento da humanização e da garantia de direitos as usuárias foi pensando a construção de um fluxo de atenção humanizada para atendimento as mulheres em situação de abortamento.

### **Fluxo de atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento: uma perspectiva possível para o Hospital do Seridó**

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde, está vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde, mais especificamente ao Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES) desde o início de 2011. É importante destacar que a PNH surge, então, no contexto das demandas de modificação dos discursos e práticas em ação no SUS até o momento em debate. Enquanto política pública, também foi fruto de lutas e reivindicações dos movimentos sociais, demarcando novas relações a serem pensadas e construídas no campo da saúde.

A valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos e dos coletivos envolvidos no processo de saúde, visando aumento do grau de co-responsabilização, humanização da gestão e participação dos trabalhadores nos processos de decisão e estabelecimento de vínculos solidários na produção de saúde em rede (BRASIL, 2017).

Assim, visando o fortalecimento e a proposição de novas práticas nos serviços de saúde, sobretudo naqueles distantes dos grandes centros urbanos, com uma estrutura física e de recursos humanos superior as que se encontram no Sertão Potiguar, aponta-se neste trabalho a construção de um fluxo de atendimento de forma humanizada em

situação de abortamento para a manutenção das vidas das mulheres. Esse procedimento padrão tem o intuito de estimular uma atuação dos profissionais baseadas nos princípios e diretrizes do SUS, enfrentar práticas desumanizadoras de forma pedagógica e propositiva, e fortalecer a autonomia das mulheres e a corresponsabilidade do serviço de saúde na efetivação de um atendimento qualificado.

Nesse sentido, em consonância com a PNH, o fluxo construído pode vir a viabilizar uma maior ampliação da comunicação entre a equipe de saúde do Hospital do Seridó, possibilitando a reflexão de suas práticas e processos de trabalho. Para tanto apresenta-se um fluxo criado a partir da observação participante oportunizada pela inserção do Programa de Residência Multiprofissional Saúde Materno Infantil, sendo criado para ser implementado como um Procedimento Operacional Padrão (POP) tendo em vista sua utilidade como um indicativo de intervenções e condutas no processo de atendimento as mulheres em situação de abortamento.

**Tabela 1.** Fluxo de atenção humanizada ao abortamento.

<b>Tipo de Documento:</b>	<b>Nome:</b>	<b>Versão e data de criação:</b>	<b>Responsáveis:</b>
Procedimento Operacional Padrão – POP	Atuação da unidade de obstetria em situações de abortamentos Elaborado por: Residente de Serviço Social - Kelly Bezerra de Oliveira	01 – 20/02/2020	Equipe Multiprofissional
<b>Objetivo:</b> esclarecer sobre a atuação dos e das profissionais da Saúde na Unidade de Obstetria frente aos casos de abortamentos.			
<b>Setor envolvido:</b> Unidade de Obstetria			
<b>Local de execução:</b> Maternidade e cenários de assistência à saúde da mulher no Hospital do Seridó			
1. Acolhimento			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofertar acolhimento e apoio às mulheres e acompanhantes antes, durante e após a realização de algum procedimento;</li> <li>• Proporcionar um espaço para a expressão de sentimentos, emoções e diálogo das mulheres, reconhecendo sua autonomia;</li> <li>• Garantir a mulher sua privacidade com relação a informações para, posteriormente, seguir com as demais intervenções;</li> <li>• Identificar a rede de apoio e acionar a equipe psicossocial para articular a rede, de acordo com o desejo da mulher e seus acompanhantes.</li> </ul>			
2. Procedimento de curetagem			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar, monitorar e assistir as condições clínica, social e emocional da mulher e seus acompanhantes;</li> <li>• Prestar todas as informações necessárias acerca da realização do procedimento, com o intuito de esclarecer as intervenções e medicações a serem realizadas;</li> <li>• Garantir a presença de acompanhante de sua livre escolha à mulher durante a realização do procedimento;</li> </ul>			

<p>3. Acompanhamento da mulher e seus acompanhantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar acolhida, acompanhamento e orientações a mulher em leito;</li> <li>• Esclarecer sobre os direitos legais e socioassistenciais, orientando sobre o acesso caso necessário – Serviço social</li> <li>• Avaliar as condições socioeconômica, emocional e psíquica da mulher;</li> <li>• Estimular e reforçar a importância e existência de diversos métodos contraceptivos;</li> <li>• Comunicar a equipe plantonista qualquer necessidade de atendimento à mulher identificado;</li> <li>• Ofertar atendimento multiprofissional a mulher com o intuito de garantir uma assistência integral à sua saúde.</li> </ul>
<p>4. Registro de Informações</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar em prontuário os acompanhamentos e atendimentos realizados a mulher;</li> <li>• Garantir um registro ético profissional com informações que amplie o acesso à saúde da mulher durante a permanência no Hospital;</li> <li>• Evitar registros e comentários que venham em algum momento desrespeitar ou restringir os atendimentos ofertados;</li> </ul>
<p>5. Pré- e Pós alta Hospitalar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecer qualquer informação relacionada ao atendimento realizado a mulher no período de internação;</li> <li>• Realizar encaminhamentos na rede de referência da usuária, caso necessário;</li> <li>• Executar a alta compartilhada para a unidade básica de saúde territorial.</li> <li>• Incentivar a materialização de diálogo para realização de planejamento familiar</li> </ul>

Fonte: documento construído e desenvolvido pela equipe de pesquisa.

A construção desse fluxo busca balizar as atuações e intervenções dos e das profissionais de saúde na unidade de obstetrícia em situações de abortamentos, estando estruturado em cinco pontos centrais de atendimento e apontando questões simples e fáceis de serem materializadas pela equipe de saúde do Hospital do Seridó. No ponto 1, o acolhimento, que é responsabilidade de todos os profissionais de saúde, destaca-se a importância desse processo ser desenvolvido de forma efetiva em conjunto com a escuta qualificada.

No ponto 2, apontam-se condutas na realização e atendimento acerca do Procedimento de curetagem informações precisas e seguras são fundamentais para propiciar segurança às mulheres em situação de abortamento. O próximo elemento (ponto 3) está relacionado ao atendimento e acompanhamento da mulher e seus acompanhantes, esclarecendo sobre direitos e incentivando uma comunicação acolhedora nesse momento.

Em continuidade, o ponto 4 faz referência à realização de registros em saúde, algo que permeiam uma comunicação e trabalho em equipe na atenção

prestada a usuária. O repasse de informações, o diálogo interprofissional é fortalecido quando as informações são registradas com ética e corretamente.

Assim, o último ponto (5) demarca a necessidade do cuidado e da atenção à saúde no momento da possibilidade de alta hospitalar das mulheres em situação de abortamento. Uma referência bem desenvolvida em conjunto com a rede assistencial do município pode garantir e viabilizar um conjunto de direitos a essas mulheres.

Sabe-se que a PNH se faz presente em diversas políticas e programas do SUS, buscando transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas (BRASIL, 2017). Em suma, esse fluxo fortalece a importância da política, que busca promover um atendimento humanizado às mulheres em situação de abortamento no sertão potiguar, especificamente, no Hospital do Seridó, um cenário de prática com limites, mas também rico e resistente como a luta das mulheres por um cuidado mais humanizado independente das circunstâncias.

## Considerações Finais

Como apresentado nos aspectos éticos e jurídicos admitidos, no Brasil, o abortamento seguro se constitui enquanto direito da mulher, devendo esse ser respeitado e garantido pelos profissionais, bem como os serviços de saúde. Assim, para a efetivação desse direito, é fundamental uma atenção humanizada com respeito às escolhas e autonomia e autodeterminação das mulheres.

A humanização na saúde apresenta-se como uma proposta ética e estimuladora das mudanças de práticas ultrapassadas nos diversos serviços de saúde, nesse processo de construção de novas práticas de cuidado a ênfase da abordagem integral, equânime e popular com os usuários/as deve ser levada em consideração.

Com a realização da pesquisa apontada, esperou-se uma sistematização do debate relacionado ao abortamento na perspectiva da garantia de direito à saúde, na viabilização de um atendimento humanizado e qualificado no serviço de saúde, que se configurou enquanto cenário de prática do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil.

Nesse contexto, as Residências Multiprofissionais em Saúde objetivam uma formação orientada pelo trabalho, com uma atuação profissional voltada



o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS, contribuindo com a transformação das práticas profissionais nos serviços de saúde. A criação dos programas de residência multiprofissional em áreas da saúde parte de uma perspectiva de uma relação intrínseca entre formação e mundo do trabalho, constituindo-se enquanto espaço primordial de mudanças na organização do trabalho e na assistência à saúde dos usuários e usuárias do SUS.

Cabe ressaltar, que a implantação também de uma atenção humanizada na saúde ao abortamento não ocorre somente no âmbito da individualidade, ou nos espaços micros. Esse processo sofre rebatimentos conjunturais dos aspectos da política, em uma conjuntura de ampliação do conservadorismo na sociedade brasileira, pautas necessárias ao avanço de direitos das mulheres tendem a regredir e se tornar um desafio para sua efetivação.

Outro elemento também conjuntural que permeia a realidade brasileira e é expresso nesse trabalho são os obstáculos reais de enfrentamento às condições de trabalho que os profissionais de saúde estão submetidos, como precarização do trabalho, ausência de valorização, e baixos investimentos em saúde. O estudo também buscou valorizar e incentivar práticas mais humanizadas relacionadas à saúde da mulher no Hospital do Seridó, em especial no setor de obstetrícia, fortalecendo o papel da educação permanente em saúde desenvolvido pela Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil nesses últimos dois anos de inserção nessa maternidade.

Assim, é fundamental compreender que as mulheres que passam por procedimentos de abortamentos têm a necessidade de cuidados, por tanto mulher que adentra uma unidade de saúde em abortamento deve ser acolhida em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, o fluxo criado tem importância significativa para esclarecer atuação e nortear os atendimentos frente aos casos de abortamento. A apresentação do referido fluxo seria primordial para contribuição ao atendimento realizado no Hospital do Seridó, sendo uma forma de fortalecer e incentivar novas práticas nesse serviço, como também dialogar com os profissionais sobre sua implementação, independentemente de recursos financeiros ou estrutura física, a construção de um SUS qualificado, humanizado e que garanta o pleno acesso a atenção a saúde é totalmente possível.

Esse procedimento padrão tem o intuito de estimular uma atuação dos profissionais baseadas nos princípios e diretrizes do SUS, enfrentar práticas

desumanizadoras de forma pedagógica e propositiva, fortalecendo a autonomia das mulheres e corresponsabilidade do serviço de saúde na efetivação de um atendimento qualificado. Assim, refletiu-se acerca da assistência qualificada e ética no processo de trabalho dos profissionais da saúde, expressando a necessidade de fortalecimento da universidade pública, gratuita e de qualidade no sertão potiguar, bem como a intensificação da defesa do SUS, com o intuito de oferta uma assistência à saúde cada vez qualificada ao interior do Seridó, garantindo a autonomia e a luta histórica das mulheres para efetivação dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

## Referências

- BRASIL. Código Civil Brasileiro. Planalto. Brasília, 10 de janeiro de 2002. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm). Acesso em: 24 fev. 2020.
- BRASIL. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.
- BRASIL. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dez. 1940.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº 11.129, 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as Leis nº 10.638, de 28 de maio de 2003, e 10.429, 24 de abril de 2005; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 jun. 2005.
- BRASIL. Ministério da saúde. Assistência ao planejamento familiar. Brasília: Ministério da Saúde. 1996.
- BRASIL, Ministério da Saúde. DataSUS. Relatório: Procedimentos (por competência). Brasília, DF; 2017, citado 02 nov. 2019. Disponível em: [ftp://ftp2.datasus.gov.br/pub/sistemas/tup/downloads/relatorios/por\\_competencia/procedimentoCompetencia201506.pdf](ftp://ftp2.datasus.gov.br/pub/sistemas/tup/downloads/relatorios/por_competencia/procedimentoCompetencia201506.pdf). Acesso em: 2 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da saúde. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final. Brasília: Ministério da saúde 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. Brasília, 17 de ago. 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/artigos/41286-humanizasus>. Acesso em: 24 out. 2020.
- BRASIL. Ministério da saúde. Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada a mulher. Brasília: ministério da saúde. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. 2. ed. atual. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica/Ministério da saúde, Secretaria de atenção à saúde, área técnica de saúde da mulher. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Instituto de pesquisa aplicada (IPEA). Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde. Brasília, mar. 2014.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADPF 54 é julgada procedente pelo ministro Gilmar Mendes. Brasília, abr. 2012. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=204863>. Acesso em: 22 fev. 2020.

DINIZ, D. Aborto e saúde pública: 20 anos de pesquisas no Brasil. [S.I.], 2008.

FERNANDES, M. Aborto no Brasil: como os números sobre aborto legais e clandestinos contribuem no debate da discriminação. Portal Huffpost Brasil, jul. 2018. Disponível em: [https://www.huffpostbrasil.com/2018/07/31/aborto-no-brasil-como-os-numeros-sobre-abortos-legais-e-clandestinos-contribuem-no-debate-dadescriminalizacao\\_a\\_23486575/](https://www.huffpostbrasil.com/2018/07/31/aborto-no-brasil-como-os-numeros-sobre-abortos-legais-e-clandestinos-contribuem-no-debate-dadescriminalizacao_a_23486575/). Acesso em: 22 fev. 2020.

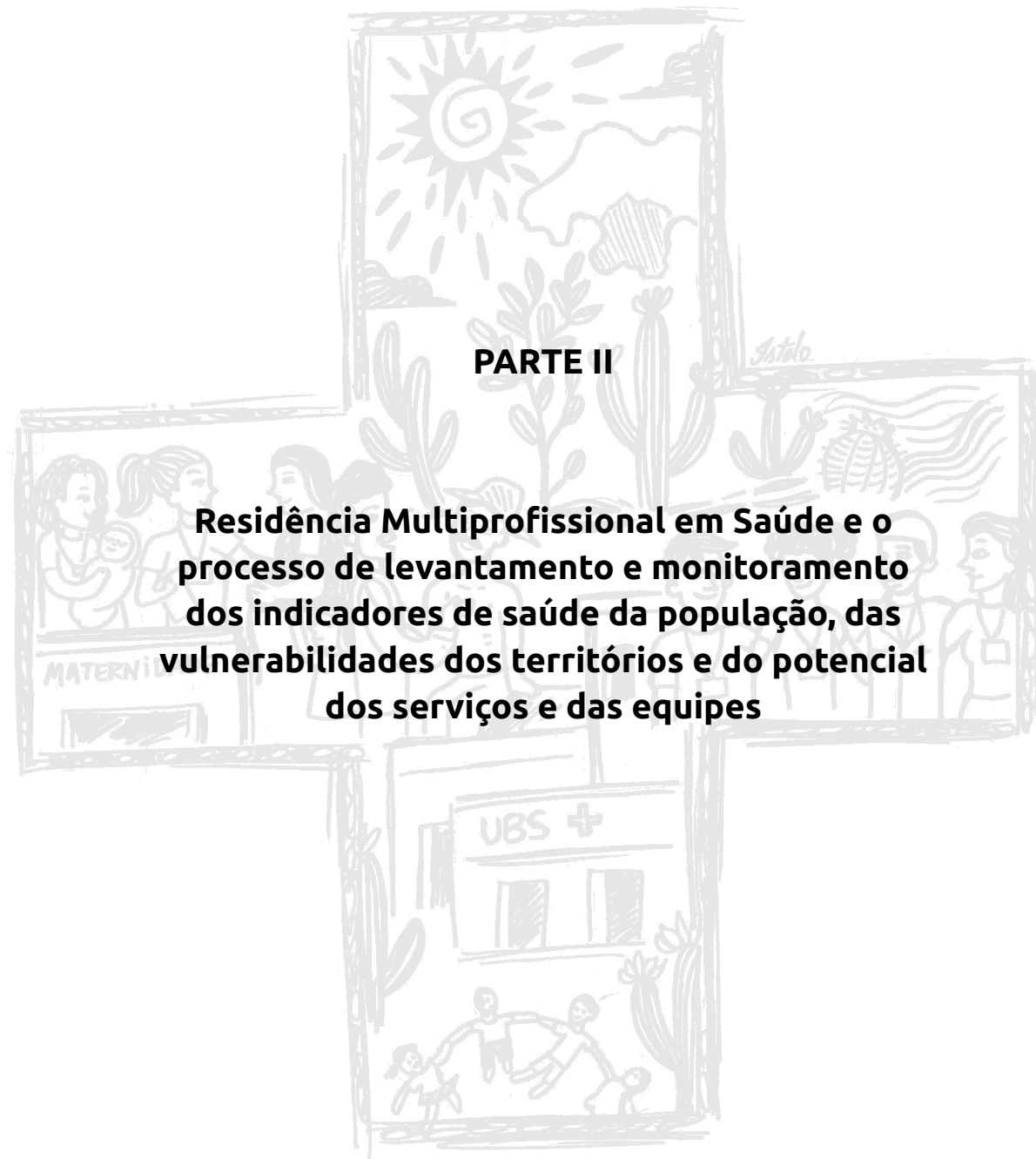
IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Censo Demográfico de 2010. Dados referentes ao município de Caicó, fornecidos em meio eletrônico, 2010.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis, Vozes, 2009.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. Pesquisa Nacional de aborto 2016. Portal direito e saúde do MPDFT. Brasília, set. 2016.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher. Câmara dos deputados. Comissão de direitos humanos e minorias. Brasília. Adotada pela Resolução n. 34/180 da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 18 de dezembro de 1979 e ratificada pelo Brasil em 1º de fevereiro de 1984.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa social – métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Editora atlas, p.79, 2010.



## **Residência Multiprofissional em Saúde e o processo de levantamento e monitoramento dos indicadores de saúde da população, das vulnerabilidades dos territórios e do potencial dos serviços e das equipes**

## CAPÍTULO 9

### **RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES ACERCA DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA COMO FORTALECEDORAS DO SUS**

Humberto Medeiros Wanderley Filho  
Ana Luiza de Oliveira e Oliveira  
Tiago Rocha Pinto  
Kelly Bezerra de Oliveira  
Bruna Maria de Araújo Marinho

#### **Introdução**

A Escola Multicampi de Ciências Médias (EMCM) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) é fruto da necessidade da interiorização do ensino superior na área da saúde no Brasil, tendo em vista a alta concentração de profissionais médicos e das diversas categorias da saúde nas capitais quando comparada ao número desses profissionais no interior dos estados. Assim, a EMCM/UFRN foi criada em 2014, inicialmente, com o curso de graduação em Medicina.

Acompanhando o argumento de responsabilidade social da Instituição, mirando a qualificação de profissionais recém graduados e apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS) na região do Seridó, em 2016 foram aprovadas a abertura de cinco Programas de Residências em Saúde, dentre eles, o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRMAB). Contando com 10 categorias profissionais atuando juntas e de forma interprofissional, o PRMAB tem a EMCM/UFRN como instituição formadora e as Secretarias Municipais de Saúde de Caicó e Currais Novos como instituições executoras. Anualmente, há o ingresso de 44 residentes para este Programa em questão. São contempladas

10 categorias profissionais, sendo elas: 4 assistentes sociais, 8 dentistas, 8 enfermeiros(as), 4 farmacêuticos(as), 4 fisioterapeutas, 2 fonoaudiólogos(as), 2 médicos(a) veterinários(a), 4 nutricionistas, 4 profissionais de educação física e 4 psicólogos(as). Os 44 residentes são distribuídos nestes entre os municípios de Caicó e Currais Novos. Assim, cada um desses municípios do Seridó potiguar, recebe, anualmente 22 residentes.

O programa torna-se relevante ao promover qualificação profissional no trabalho, contribuindo para a assistência, gestão e estruturação da rede de saúde dos municípios onde está inserido, em acordo com o Plano de Desenvolvimento Institucional da UFRN, seguindo o incentivo à interiorização do ensino.

Os (as) residentes que ingressam nessa especialização lato sensu desenvolvem ações voltadas às necessidades da comunidade. Em seu primeiro ano como trabalhadores-residentes, estão imersos nas práticas da Atenção Primária a Saúde (APS) e se inserem na realidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS), promovendo o apoio matricial das Equipes de Saúde da Família (ESF) e participando das atividades propostas no intuito de ampliar a atenção à saúde voltada aos usuários(as) do SUS na região. Já no segundo ano, as atividades passam a ter como cenário os outros níveis de atenção à saúde (secundária e terciária) como segmentos da APS o que vem promovendo um fortalecimento e reorganização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), longitudinalidade do cuidado e resolutividade da atenção.

Neste contexto foi implementada em 2019 uma nova forma de organização do componente prático do segundo ano de residência, pautada no Quadrilátero da Formação em Saúde (QFS) de Ceccim e Feuerwerker (2004), que é constituído por: ensino, gestão, atenção e controle social, e diz respeito à formação profissional em saúde. Dessa forma, os(as) residentes passam a organizar sua atuação prática no formato de rodízio em 3 eixos organizativos indissociáveis – Atenção à saúde, Gestão em saúde e Educação em saúde – além do controle social e formação política. Além de conhecer a realidade do SUS, os (as) residentes passam a vivenciar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a realidade de novos cenários, como os Centros Especializados de Referência em Assistência Social (CREAS), além de dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as redes hospitalares, na intenção de criar elos entre os níveis de atenção à saúde,

repercutindo na atenção básica.

Dessa forma, o objetivo geral deste estudo foi analisar a percepção dos (das) residentes do PRMAB do município de Caicó/RN acerca de suas ações desenvolvidas como fortalecedoras do SUS, entregando como produto do Trabalho de Conclusão de Residência, um documentário audiovisual contendo as falas e imagens desses atores no processo de formação durante a residência.

Este estudo justifica-se pela necessidade de compreender como se dá o processo de residência através da percepção dos (as) residentes que desenvolvem as ações e estão em contato direto com a realidade dos municípios, entendendo, também, quais os seus apontamentos sobre os desafios e potencialidades do PRMAB da EMCM/UFRN. À medida que se entende como se dá este processo, é possível propor formas de melhorias, a fim de construir um programa que busca consolidar de forma satisfatória sua estrutura, almejando ofertar aos trabalhadores-residente um cenário propício para o desenvolvimento de ações de qualidade e que atendam às necessidades do (a) usuário (a) de forma efetiva, ao passo que o retorno para a sociedade é parte importante da formação. Além disso, o estudo pretende contribuir de forma significativa com o enriquecimento da literatura acerca das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) como importante espaço formativo pelo trabalho, para e pelo SUS.

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, em função da natureza do objetivo. Reconhecemos que uma análise aprofundada ainda deverá ser empreendida e dessa forma, o que apresentaremos aqui refere-se à metodologia utilizada para a produção do documentário.

Para isto a realização do produto apresentado como TCR, foram seguidos os seguintes passos metodológicos:

- Levantamento bibliográfico sobre a História das Residências (Uni e Multiprofissionais) no Brasil e no Mundo;
- Construção de questionário estruturado para coleta de dados acerca do perfil dos trabalhadores-residentes do PRMAB;
- Construção de roteiro de entrevista para conduzir os questionamentos

e escuta dos trabalhadores-residentes;

- Realização das entrevistas registradas em formato audiovisual;
- Gravação de imagens *in loco* para servirem de base para o produto audiovisual;
- Seleção do material audiovisual a ser utilizado (primeiros cortes para montagem);
- Edição do material audiovisual;
- Revisão da edição (segundo corte);
- Finalização do material audiovisual como produto final (Documentário);
- Realização de estudo e análise do material qualitativo através das bases teórico-metodológicas da História Oral.

O universo da pesquisa foi composto por 18 trabalhadores-residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da EMCM/UFRN, que no momento das gravações, estavam cursando o segundo ano do Programa no município de Caicó/RN, em 2019. Todos entrevistados consentiram sua participação, bem como a permissão do uso de sua imagem e áudio, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Autorização de veiculação de imagem e voz.

Para a coleta das informações, a equipe de pesquisa utilizou técnicas de Pesquisa Documental e princípios da História Oral (HO), e sua proposta metodológica aconteceu em quatro momentos de pesquisa.

Segundo Meihy (2000), a HO trata-se de metodologia que vai além da simples transcrição de falas ou fatos. Nesse sentido, cabe considerar que chamamos de história oral os processos decorrentes de entrevistas gravadas, transcritas e colocadas a público segundo critérios predeterminados pela existência de um projeto estabelecido e

Mesmo respeitando as investidas que confundem entrevistas feitas de diversas formas com os procedimentos formais da história oral [...], o impacto e a ampla aceitação da história oral institucionalizada têm provocado debates que a qualificam como, talvez, a mais promissora das tendências de entendimento da sociedade (MEIHY, 2000, p. 87).

Assim, para que pudéssemos provocar um debate institucional a partir da narrativa dos trabalhadores-residentes, o percurso metodológico foi dividido e, quatro etapas. A primeira foi a realização, através do envio de um questionário, de um mapeamento sociodemográfico a fim de caracterizar o perfil dos entrevistados.

A segunda etapa constou de entrevista semiestruturada registrada por meio audiovisual, com utilização de câmera com microfone embutido, modelo Nikon D3200, além de gravador de áudio direcionado. Esta modalidade de entrevista, quando gravada em audiovisual, permite que uma linha narrativa seja produzida sem perder a espontaneidade e necessidade de fala de alguns entrevistados que durante sua fala, se sentiam confortáveis para verbalizar outras inquietações de sua vida cotidiana como trabalhador-residente. Essa escolha metodológica com questionamentos espontâneos por parte do pesquisador/entrevistador, bem como os relatos sem interrupções dos indivíduos/entrevistados, foi importante para alcançar o máximo de verdade e legitimidade das falas, em ambiente ameno para criar atmosfera favorável ao desenvolver da entrevista. As informações coletadas em formato audiovisual serão utilizadas em outro estudo para, através do processo de categorização das narrativas, aprofundar a compreensão acerca da percepção dos trabalhadores-residentes quanto ao PRMAB e sua relação com o SUS em Caicó.

Para alguns autores, o uso de recursos audiovisuais na coleta e produção de dados em pesquisas qualitativas é extremamente válido, utilizando como argumento o fato de que a expressão do pensamento dos indivíduos se dá apenas 7% por meio de palavras, sendo todo o resto expresso através de movimentos do corpo, gestos, tom de voz e aspectos da pronúncia. Estes autores ainda apontam outros pontos positivos neste tipo de coleta de dados, como a possibilidade de observar disparidades entre o que é falado verbalmente e o comportamento no momento da fala, ou os gestos e expressões utilizados ao falar de determinado assunto (PINHEIRO; KAKEHASHI; ANGELO, 2005).

Sobre pontos positivos desse método, outros autores discorrem sobre a temática, enfatizando o uso de recursos de vídeo e áudio como minimizadores da interferência do pesquisador, mesmo que esta nunca seja totalmente anulada (HONORATO *et al.*, 2006). Para Leonardos, Ferraz e Gonçalves (1999), utilizar desses recursos audiovisuais traz ao pesquisador a oportunidade de reviver diversas vezes quantas forem necessárias o momento da entrevista ou fato gravado,

propondo inúmeras leituras e interpretações dos fatos à medida que é possível que outros pesquisadores ou estudiosos analisem o material e façam suas proposições sem necessariamente estarem presentes no momento da gravação.

De acordo com Sadalla e Larocca (2004), registrar de forma audiovisual anula a necessidade de realização de registro manuscrito durante a entrevista, podendo este ser realizado posteriormente para análise, possibilitando maior riqueza na transcrição das falas e até um maior afastamento das emoções do pesquisador, que tendem a estarem impressas nos registros manuscritos. Duarte (2002) alerta sobre o vídeo também servir para o pesquisador como autoanálise de sua performance na entrevista, permitindo autoavaliação e modificação dos pontos onde acredita que pode melhorar ou ênfase nos pontos positivos de si.

A terceira etapa foi a Coleta de Imagens das ações desenvolvidas pelos residentes, que servirão de imagens-base para o documentário. Foram realizadas incursões tanto nos territórios onde as Unidades Básicas de Saúde quanto nos demais equipamentos da RAS pela qual os trabalhadores-residentes transitam em seus itinerários formativos.

A quarta etapa deu-se após a coleta de dados, pela qual o material coletado foi analisado para a criação de núcleos de sentido de acordo com as falas dos participantes para a seleção do conteúdo a ser utilizado na edição do documentário, com intuito de construção logística da apresentação dos dados. Associando a História Oral com o método de análise de conteúdo, foi possível construir núcleos de sentido para compor uma narrativa coletiva. Por núcleos de sentido compreendemos o que é postulado por Bardin (1977), ao afirmar que a análise do conteúdo se trata de um escopo de instrumentos metodológicos a serem empregados a fim de organizar os discursos obtidos, sendo necessária a análise desse conteúdo para classificá-los através de seus significados.

O material foi editado utilizando o editor de vídeo Adobe Premiere Pro Cc 2019, Adobe Systems. Nossa opção em produzir o documentário a partir dos núcleos de sentido segue o que é apresentado por González Rey (2002) ao afirmar que é importante não só coletar o que é dito pelos indivíduos estudados, mas também o que as falas exprimem e significam, já que no diálogo não há somente palavras sendo ditas, mas também o clima do momento, a proximidade, interesse e confiança pré-estabelecidas entre as partes envolvidas, que estimulam

a transmissão de conceitos de experiência que dificilmente são vivenciados de forma espontânea do dia-a-dia.

O material que compõe a base de dados do estudo foi coletado em vídeo e áudio durante os meses de setembro e outubro de 2019. Em relação ao vídeo, o formato utilizado foi o MOV, que foi desenvolvido pela Apple Inc e utiliza o codec MPEG-4 para compressão. A escolha deste formato foi baseada pela excelente compatibilidade com o editor selecionado para a edição do documentário (Adobe Premiere Cc Pro 2019) e pela qualidade que é considerada boa, mesmo com a perda de dados na compressão de faixas de vídeo. O áudio, por sua vez, foi obtido em formato WAV, pois o gravador de áudio selecionado por conveniência só oferecia esta opção de formato. Por esse motivo, o pesquisador foi levado a converter todos os arquivos de áudio para o formato MP3 para que estes fossem reconhecidos pelo editor de vídeo. Não houve perda na qualidade do áudio após este processo.

Os dados obtidos foram analisados, categorizados e apresentados em formato de documentário audiovisual sobre a percepção dos residentes acerca de suas ações desenvolvidas como fortalecedoras do SUS. Ressalta-se que o presente estudo considerou a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a ética da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo assegurada a garantia de privacidade do sujeito da pesquisa através do Termo de Compromisso do Pesquisador (BRASIL, 2012). Ainda, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina de Botucatu, sendo aprovado com número de parecer 3.475.412, e só após sua aprovação foi realizada a coleta das informações.

### **O Sistema Único de Saúde e a formação através da residência multiprofissional em saúde**

A Residência como projeto de ensino pelo trabalho foi regulamentada no Brasil no quinto dia de setembro de 1977, pelo então Presidente Ernesto Geisel através do Decreto de número 80.281 sendo exclusividade dos graduados em Medicina, sendo então nomeada de Residência Médica (RM). Foi reconhecida neste decreto como modalidade de ensino de pós-graduação sob a forma de Curso de Especialização por meio da prática em serviço sob dedicação exclusiva (BRASIL, 1977).

Apesar de no Brasil esta modalidade ter início na segunda metade do século XX, o modelo de RM teve seu início histórico a partir das experiências de Willian Healstead, em 1889, numa cidade chamada Baltimore, no estado americano de Maryland, sendo este considerado criador da RM, além de pai da cirurgia moderna (MARTINS, 2005).

Ao ser eleito chefe do Departamento de Cirurgia da Universidade John's Hopkins, começou a perceber maior probabilidade de morte entre os pacientes que passavam por procedimentos com os médicos recém-formados, atribuindo a este fato a pouca experiência prática e profissional dos novatos. Como forma de equacionar essa problemática, decidiu instituir um modelo de trabalho voltado ao treino intensivo na área de cirurgias com quatro desses recém-formados que passaram a residir no próprio hospital onde trabalhavam, sendo chamados de “residentes”, dispendo assim em tempo integral ao trabalho-aprendizado. Healstead imputava aos residentes recém-chegados alguns encargos considerados simples, como cuidados pré ou pós-operatórios, e à medida que adquiriam mais prática e habilidade, eram repassados casos mais complexos até chegarem a realizar cirurgias sem supervisão (HORII, 2013).

Essa modalidade de ensino começou a ser vista como fundamental para a formação médica e passou a ser obrigatória nos Estados Unidos em meados dos anos 1930, chegando ao Brasil por volta de 1944 de forma discreta. A primeira RM no país foi a de Ortopedia, pela USP, mas ainda com baixo número de alunos. Após a metade da década de 1950 as RM ganham força no Brasil, porém de forma desordenada e sem critérios bem estabelecidos, muitas vezes entendendo os residentes como profissionais “de baixo custo” ou apenas estagiários, sem dar atenção ao aprendizado em serviço ou enriquecimento na formação profissional, desviando da ideia primordial defendida por Healstead. Com isso, foi necessária a regulamentação dessa especialização em 1977 no país (BACHESCHI, 1998).

O impacto que a RM causou foi cada vez mais crescente. Especialistas nas áreas de saúde e educação passaram a entender o ensino em serviço proporcionado pelas RM como essenciais na formação de profissionais mais capacitados construindo assim, itinerários formativos para os recém-formados a fim de oferecer oportunidades para adquirir competências essenciais para o trabalho em saúde. Com isso, e muito provavelmente impulsionada pelo desempenho das

RM, surgiu também nos Estados Unidos a Residência em Enfermagem, sendo ligeiramente reproduzida em outros países, bem como no Brasil na década de 1960, em São Paulo (LIMA; PORTO, 1977). Porém, apenas em 1996 ela foi instituída através da Lei nº 2.264 (BRASIL, 1997).

Paralelo aos processos das Residências Médica e de Enfermagem, os anos 1970 inauguram uma nova modalidade de ensino pelo trabalho na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS). Em 1977, teve o início de uma nova modalidade de Residências, a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), um tipo de Residência que vai além do conhecimento de apenas uma categoria e que permitia a indução do trabalho interprofissional como elemento de formação (CECCIM; ARMANI, 2001).

No Brasil, surgiu atrelada ao Programa de Residência em Saúde Comunitária no Centro de Saúde Escola Murialdo da ESP/RS, que a partir de 1977 passou a oferecer vagas para enfermeiros, médicos veterinários e assistentes sociais. Neste mesmo período histórico, a Conferência de Alma-Ata atentava sobre a ampliação da saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), que deveria ser vista de forma multifatorial e não somente a ausência de doença. Isto fortaleceu a ideia da RMS que pretendia ampliar a visão sobre saúde à medida que o conhecimento compartilhado em equipe multiprofissional proporcionaria uma atenção mais eficaz à população (UEBEL; ROCHA; MELLO, 2003).

Segundo Rosa e Lopes (2010) entre os anos de 1970-1980, o modelo hegemônico adotado no Brasil esteve centrado no hospital e na medicina especializada. No entanto, a partir de 1973, vários movimentos sociais se aglutinaram em torno da defesa dos direitos humanos e da liberdade política, contrapondo-se à ditadura militar. Na área da saúde, a luta era pela organização de um sistema único e hierarquizado, que não dicotomizasse o cuidado à doença e a promoção da saúde, a saúde individual e a saúde coletiva.

No final da década de 1970 e por toda a década de 1980, período da ditadura militar brasileira, foi instalada a luta pela redemocratização do país tendo como um de seus desdobramentos o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) que se colocava como uma estratégia política com participação social para a garantia do direito à saúde e da defesa de um sistema nacional de saúde. O MRS além da luta pela democracia tinha como objetivo, transformar o paradigma

médico-hegemônico e industrial pelo qual a doença era vista através do modelo estritamente biologicista e a necessidade de mudança na formação dos profissionais de saúde vigente pautado nas especialidades fragmentadas dos saberes.

Esse movimento inserido em uma reforma política mais ampla da sociedade brasileira culminou na elaboração da Constituição federal de 1988, que apresenta em seu inciso III do artigo 200, uma das atribuições do novo sistema nacional de saúde, atualmente o SUS, de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde na tentativa de aproximar as políticas de saúde e educação na formação de profissionais voltados ao fortalecimento deste sistema (BRASIL, 2006).

Assim, é possível perceber que, historicamente e de natureza dialética, os processos de luta do MRS e das RMS estão atrelados à medida que seguem buscando a contraposição do modelo vigente e do entendimento social do processo saúde-doença, bem como a interligação dos conhecimentos por meio do trabalho multi e interprofissional. Além disso, as RMS surgem como proposta de nova forma de se pensar e fazer a saúde no país, rompendo as limitações de um processo uniprofissional, pondo em prática a interprofissionalidade na saúde, como também o trabalho para e com a sociedade.

A influência do MRS sobre a RMS no tocante à formação em saúde também se dão pelos eixos teóricos atrelados à esta, como o marxismo e a reforma psiquiátrica, que estavam em ascensão na década de 1970, propondo mudanças na estrutura da sociedade e do processo de saúde da época, bem como no sistema de saúde que estava sendo organizado. Dessa forma, as turmas pioneiras de RMS podem ser entendidas como reacionárias ao cenário instaurado e à formação dos profissionais da saúde naquele período. Tal relação entre o SUS, o MRS e as RMS também se dá pelos ideais em comum de luta e transformação nos paradigmas da saúde: o trabalho em equipe, rompendo com os saberes fragmentados; a comunidade como centro das ações de saúde, a participação popular através do controle social; a ruptura no entendimento do processo saúde-doença da forma biologicista e unicausal; a formação na área da saúde; o fortalecimento da saúde coletiva (NUNES, 2005; PASINI, 2010).

Porém, no começo dos anos 90, a RMS da ESP/RS deixou de existir por inúmeros fatores, dentre eles a crise que assolava o país e a diferença remunerativa e carga horária dos residentes de medicina e as outras profissões (CECCIM; ARMANI, 2001).

Somente em 2002 as RMS voltam a ganhar força no Brasil, quando são criadas 19 Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, financiados pelo Ministério da Saúde (MS). Finalmente, em junho de 2005, pela Lei nº 11.129:

Fica instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *latu sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica (BRASIL, 2005a).

Ainda sobre o processo histórico das RMS alguns marcos devem ser pontuados-como a publicação da Portaria Interministerial nº 2.117 de 2005, do MS e do Ministério da Educação (MEC), consolidando a instituição das RMS (BRASIL, 2005b). Tal consolidação demarcou, em certa medida, o aspecto educacional dos Programas. Em 2007, a Portaria Interministerial nº 45 foi relevante no processo de consolidação das RMS, pois afirmava que estas deveriam ser pautadas sob os princípios do SUS, ampliando ainda mais o entendimento de saúde e fortalecendo o Sistema (BRASIL, 2007).

Portanto, é notório que os Programas de RMS apresentam-se como produto histórico de defesa da educação e da saúde e que vêm passando por processos e ganhando espaço, ainda que com resistências, sendo modelados e adaptados para se adequar às necessidades de saúde da população em prol do fortalecimento do SUS, contemplando a qualidade do ensino-aprendizagem, almejando um perfil profissional diferenciado daquele centrado na doença, prezando o trabalho colaborativo e voltado à população.

Dessa forma, as RMS surgem como estratégia para a formação de profissionais em saúde com perfil multiprofissional, alinhados aos princípios e diretrizes do SUS. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) reformula a forma de produção do conhecimento através de alternativas diferenciadas de se idealizar a educação e o trabalho, bem como a educação pelo trabalho, dos profissionais da área da saúde, para que estes desenvolvam seu perfil profissional de forma descentralizada, distanciando-se cada vez mais da fragmentação dos saberes (BRASIL, 2004).

Silva *et al.* (2016) defendem a RMS como estratégia para o fortalecimento do SUS através da PNEPS, deixando clara a Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC) que se estabelece na metodologia adotada na RMS:

Com a operacionalização da PNEPS, torna-se imperativa a premissa de que as práticas dos profissionais de saúde respondam às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) tem como objetivo formar profissionais para uma atuação diferenciada no SUS, uma vez que pressupõe construção interdisciplinar nos profissionais em saúde, trabalho em equipe, dispositivo de educação permanente e reorientação das lógicas tecnoassistenciais. O que se agrega a essa modalidade de formação resulta em ações educativas centradas nas necessidades de saúde da população, na equipe multiprofissional e na institucionalização da Reforma Sanitária brasileira, o que vem ao encontro do que preconiza a PNEPS e os princípios do SUS (SILVA *et al.*, 2016, p.2).

A IESC objetiva a aproximação do estudante com a comunidade e os profissionais do território no qual atua, bem como à realidade do SUS, entendendo as particularidades práticas deste cenário. Portanto, a IESC é entendida como a metodologia que proporciona ao aprendiz o contato com a realidade, comprometendo-se com a formação profissional por meio da troca dos saberes, abrangendo assim o Quadrilátero da Formação para a área da Saúde (QFS), que é constituído por: ensino, gestão, atenção e controle social, e diz respeito à formação profissional em saúde (BRANDÃO; ROCHA; SILVA, 2013).

Sendo assim, os projetos educativos das RMS devem buscar ultrapassar a educação para o domínio técnico-científico de um núcleo profissional e, em um movimento extensionista, desvelar “elementos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 42). Assentadas nessa percepção maior de itinerário formativo, os programas de RMS podem e devem se colocar no cenário de formação pelo trabalho de modo a contribuir além da qualidade de saúde da população, quanto espaços de formação política para os trabalhadores-residentes, trabalhadores de saúde, gestão municipal, comunidade acadêmica e a população de um modo geral.

### **A residência multiprofissional em atenção básica no Seridó Potiguar**

O QFS é um projeto educativo importante na formação dos profissionais voltada para o SUS. Sua importância traz respaldo científico para que as Instituições de Ensino Superior (IES) utilizem-se dele como instrumento na rotina acadêmica



e muitas delas o fazem. Neste contexto a EMCM como uma Instituição criada pela necessidade de interiorização dos campi das Universidades Federais no contexto do Programa Mais Médicos (PMM) vem buscando cumprir com seu compromisso de responsabilidade social junto à população do Seridó potiguar.

Para Melo *et al.* (2017), a UFRN destaca-se neste processo pela sua presença no interior do estado e efetiva colaboração no processo de desenvolvimento estadual, regional e nacional. Ainda segundo tais autores, a EMCM utiliza-se de metodologias ativas e da IESC no processo de ensino-aprendizagem para que os estudantes sejam inseridos na APS desde os primeiros períodos do curso.

Seguindo tais premissas, o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRMAB) foi criado tendo como cenário de prática a rede de saúde dos municípios de Caicó e Currais Novos. Em seu Projeto Pedagógico, a necessidade deste Programa justifica-se pela relevância em promover qualificação profissional para assistência, gestão e estruturação da rede de saúde, voltada para o Seridó potiguar em congruência com o Plano de Desenvolvimento Institucional da UFRN de 2010-2019 que tem como objetivo a formação ampliada no contexto das comunidades do interior do estado.

Sendo assim, em 2016 há o ingresso da primeira turma de residentes do PRMAB da UFRN/EMCM. Com o intuito de proporcionar vivência interprofissional com inserção profunda na realidade do SUS e o fortalecimento do mesmo, a pretensão deste Programa foi/é a formação de egressos qualificados para atuar nas reais necessidades de saúde da população, favorecendo melhoras nas condições e qualidade de vida das comunidades e a consolidação da IESC presada pela UFRN, em conformidade com a conjuntura político-educacional ampliada.

Sendo assim, a reorientação da formação pelo trabalho visa transformar, em certa medida, o perfil e a construção da identidade profissional no processo de formação dos residentes. Para isso devemos pautar que a organização curricular, enquanto espaço político, deve considerar as necessidades social e políticas como norteadoras de sua construção. Dessa forma, três grandes dimensões, na prática indissociáveis, foram elaboradas didaticamente para nortear a formação dos trabalhadores-residentes, estando descritas no Quadro 1.

**Quadro 1.** Dimensões para nortear a formação dos trabalhadores-residentes.

Dimensão curricular	Cenário de prática prioritário
Gestão em saúde	Secretaria Municipal de Saúde, a Vigilância em Saúde e a IV Unidade Regional de Saúde Pública do Seridó (IV URSAP)
Educação em saúde	Atenção Secundária à Saúde e da Assistência Social, sendo eles: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III e em Álcool e outras drogas; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS); os dois Centros de Referência em Assistência Social (CRAS); Centro Especializado em Reabilitação (CER) e; Centro de Zoonoses.
Atenção à Saúde	Atenção Terciária à Saúde como segmento da APS.

Fonte: Quadro elaborado pelos pesquisadores.

Há de se pontuar que as dimensões para organização curricular não se limitam ao cenário de prática. Por exemplo, não há como discutir Atenção em Saúde fora de qualquer equipamento de saúde da RAS. Todas as dimensões são trabalhadas de maneira interligada sendo, portanto, a divisão, um exercício organizativo do currículo na organização dos cenários de prática. O tecido construído a partir desses fios condutores compõe uma rede de aprendizado e atenção à saúde que extrapola qualquer tentativa de sistematização.

A pergunta que se faz, a partir da formação dos trabalhadores-residentes se torna evidente. Qual é a percepção destes atores sociais em relação ao seu papel para o fortalecimento do SUS? A partir desse panorama o documentário “Residentes – A transformação pelo trabalho” foi realizado como Trabalho de conclusão de residência e está disponível no *YouTube* (<https://youtu.be/YF5ESP1z7AM>).

## **Residentes – a transformação pelo trabalho**

Como produto deste Trabalho de Conclusão de Residência, tem-se um documentário audiovisual com a percepção dos residentes do PRMAB da UFRN que estavam cursando o último ano do programa, próximo ao final desse processo formativo. A escolha de trabalhadores-residentes neste período do curso justifica-se pelo pressuposto que a percepção destes é mais ampla do processo como um todo, já que vivenciaram mais experiências por estarem na reta final do processo.

O produto é composto por cenas das entrevistas coletadas durante os meses de setembro e outubro de 2019, nas salas disponíveis da EMCM, em dias selecionados a partir da disposição dos (as) trabalhadores-residentes entrevistados. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo antes do início da gravação, porém nenhum deles teve acesso aos questionamentos da entrevista semiestruturada, para evitar respostas pré-definidas, presando pela espontaneidade.

Utilizando gravador de áudio com microfone direcionado, câmera digital em tripé estático posicionado ao lado do entrevistador as conversas eram iniciadas de maneira afetuosa visto que eu, como pesquisador principal, já tinha proximidade com todos os participantes do estudo por serem residentes da mesma turma. Assim, foi perceptível que nossos diálogos se ancoravam em um comportamento sincero e aberto, sem muitas restrições quanto à inibição, timidez ou apreensão. Em um clima de seriedade misturado com a leveza do encontro entre amigos, meus colegas eram avisados quando eu iniciava a gravação.

Qual é o seu nome, sua formação profissional e um pouco da sua história. Com esse direcionamento, os diálogos eram estabelecidos. Com a narrativa em curso, seguia questionando, a partir de meu roteiro para que pudessemos costurar as informações com o objetivo daquele momento. Qual é a sua rotina como trabalhador-residente no primeiro e no segundo ano de residência? Qual o seu entendimento da nova organização das atividades práticas do segundo ano? Quais são as potencialidades e desafios nesse processo formativo? Qual a sua percepção sobre as ações desenvolvidas na residência como fortalecedoras do SUS? Quais as mudanças que ocorreram em sua vida nos âmbitos profissional e pessoal? Essas foram algumas das perguntas que mescladas à espontaneidade das falas e novos percursos durante a entrevista, trouxeram a voz dos residentes para a gravação.

Eu não interrompia as falas em momento algum, tampouco as emoções foram repreendidas, permitindo que nas idas e vindas da memória, os entrevistados entendessem aquele espaço como protegido, onde poderiam compartilhar seus pensamentos de forma aberta, sem julgamentos, priorizando a relação horizontal entre pesquisador e participante.

Para Pask (1975), geralmente as pessoas têm duas formas de expor seu pensamento ou contar uma história: a forma holística, onde levam em consideração o todo e a partir disso discorrem melhor sobre um ponto específico, podendo

deixar o relato com características gerais sobre o exposto, com diversas formas de interpretação; e a forma detalhista, expondo ponto por ponto do tema questionado com mais detalhes e caráter analítico, tornando esse tipo de relato mais cansativo, com detalhes que podem não ser tão significativos. Cabe ao entrevistador corrigir o rumo da entrevista por meio de técnicas de entrevista com perguntas subsequentes que norteiem melhor aquela pessoa holística a se ater a detalhes importantes ou aquela detalhista a expor uma opinião mais geral do tema.

Dessa forma ocorreram as entrevistas, e meu papel foi o de tentar mostrar em todos os momentos uma compreensão pelo que estava sendo dito com acenos positivos de cabeça e relação entre o que era falado e o que era perguntado em seguida. Não senti, em momento algum, constrangimentos de meus colegas. Esta postura foi importante pois nenhum dos participantes restringiu nenhuma de suas falas, dando a mim a liberdade de utilizar os relatos por completo.

Ao todo, foram coletados 44 (quarenta e quatro) arquivos de vídeo referentes às entrevistas com os residentes, com um total de aproximadamente 7 horas e 9 minutos (sete horas e nove minutos) de vídeo bruto. Vale ressaltar que este valor se refere apenas aos vídeos das entrevistas, não sendo contabilizados os vídeos de imagens de base utilizadas no documentário. Em relação ao áudio, foram coletados 30 (trinta) arquivos de áudio, com um total de aproximadamente 8 horas e 6 minutos (oito horas e seis minutos) de gravação. A diferença entre o tempo de vídeo e o tempo de áudio se dá pelos seguintes fatos: a gravação do áudio era sempre iniciada antes da gravação do vídeo e só na edição foi feita a junção dos arquivos; a gravação de áudio permanecia mesmo se algum ocorrido interrompesse a filmagem, como o aumento da temperatura da câmera ou a bateria descarregada; esses fatores não influenciaram a continuidade da entrevista, que passou a ser realizada com a gravação somente do áudio.

A diferença na quantidade de vídeos e de áudios se dá pelo tempo de gravação da câmera utilizada, que interrompe a gravação do vídeo ao atingir o tempo de vinte minutos, por vezes fragmentando as entrevistas em vários vídeos. O entrevistado estava sempre atento para não permitir interrupção da gravação de vídeo durante a resposta para algum dos questionamentos, utilizando-se de cronômetro para ter ciência do tempo da entrevista, só realizando uma nova pergunta caso percebe que havia tempo hábil para tal. Caso contrário, o vídeo

em curso era interrompido e outro era iniciado para que assim fosse dada continuidade à entrevista. A escolha pela coleta de áudio através de gravador com microfone direcionado se deu pela melhor qualidade na obtenção das falas dos entrevistados em detrimento do áudio captado pela câmera digital.

As gravações de vídeo tiveram tempo mínimo de 9 minutos e 33 segundos e tempo máximo de 50 minutos, sendo o tempo médio dos vídeos equivalente a 26,3 minutos. As gravações de áudio tiveram tempo mínimo de 11 minutos e 28 segundos e tempo máximo de 54 minutos e 13 segundos, sendo o tempo médio dos áudios equivalente a 28,5 minutos. Trata-se de um produto audiovisual em formato de documentário, com 27 minutos e 37 segundos de duração.

Dos 18 residentes, 66,6% (n=12) são mulheres e 33,3% (n=6) são homens, com média de idade de 26,3 anos, onde a menor idade relatada foi de 23 anos e a maior, 32 anos. Em relação a cor autorrelatada, a maioria apontou ser da cor branca (61,1%; n=11), seguido pela cor parda (27,7%; n=5) e preta (5,5%; n=2). Sobre a naturalidade, a maior parte dos residentes relatou ser do estado do Rio Grande do Norte (50%; n=9), seguidos pela Paraíba (38,8%; n=7), Rio de Janeiro (5,5%; n=1) e Bahia (5,5%; n=1). Apenas uma residente é casada e outro residente possui uma união estável, sendo a maioria dos residentes solteiros (88,8%; n=16). Dois residentes (11,1%; n=2) relataram ter filhos.

Quando todas as entrevistas foram realizadas, me vi em frente a um quantitativo de material audiovisual. A partir deles, comecei o percurso de leitura fluante de todos os vídeos. Assisti algumas vezes todos as gravações e à medida que via e ouvia meus colegas, criava núcleos de sentido para compor as narrativas. Neste empreendimento fui organizando todo material em pastas digitais com a intenção de situar cada temática expressa nas falas.

Para que eu pudesse traduzir as narrativas em produto audiovisual, foram sistematicamente criados 5 núcleos de sentido, a saber: Rotina do primeiro ano de residência; Rotina do segundo ano de residência; Percepção da atuação nos cenários de prática; Potencialidades e fragilidades do processo de residência; Mudanças nos aspectos profissionais e pessoais.

Com isso, foi possível realizar o primeiro corte a fim de selecionar os trechos para composição do produto audiovisual em formato de documentário. Ainda que seguisse os passos metodológicos próprios de qualquer pesquisa,

considerarei minha intuição e subjetividade por me entender como pesquisador e também parte do processo compartilhado já que eu era um dos residentes do PRMAB. Assim, o alinhamento entre técnica de análise e subjetividade serviram como fio condutor para a confecção do produto final.

Desde o surgimento desta ideia, juntamente com a implicação com o estudo, a minha intenção era trazer para a superfície os relatos que eu ouvia diariamente dos meus colegas de Residência sobre todo esse processo e como eles percebiam as ações que vínhamos desenvolvendo como fortalecedoras do SUS. Ao me ver diante dos residentes como sujeitos do meu estudo e ouvir seus relatos, tendo a oportunidade de analisá-los posteriormente com mais atenção, pude entender a potência de minha escolha. À medida que estudava cada fala, cada expressão, cada pausa, cada choro, o roteiro do documentário se formava aos poucos ao passo em que todos os residentes pareciam estar falando a mesma voz, num mesmo tom, como se fossem uma única pessoa, mesmo com as mais diversas visões, vivências e entendimentos desse processo.

No documentário, os protagonistas do filme são apresentados e o aspecto transformador da residência e a característica primordial de formação pelo trabalho ficam evidentes e se complementam e tomam sentido ao decorrer da narrativa, onde é consenso de todos os entrevistados o papel que a residência tem de formar pela inserção nos processos de trabalho e transformar todos os atores envolvidos nestes, por isso a escolha desse jogo de palavras e significados. Para que fosse possível unir as ideias desses atores neste processo, é necessário entender como consegui criar uma narrativa linear e homogênea, através da ressignificação da memória dos participantes.

### **“A gente trabalha muito em equipe”: Rotina do primeiro ano de residência**

Este núcleo de sentido foi criado à medida que os residentes rememoram e relatam como era a rotina enquanto estavam no primeiro ano de residência, bem como suas expectativas ao ingressarem no processo, qual sua visão antes de iniciarem, quais as dificuldades e desafios enfrentados e como conseguiram passar por cima disso.

Percebi que muitos deles relataram a dificuldade de atuarem longe

da supervisão de um tutor ou preceptor, pois a insegurança era um fator que gerou angústia à maioria dos residentes por serem recém-formados e não terem experiência profissional. Muitos apontaram que se sentiam desamparados por não terem preceptores do seu núcleo profissional atuando com frequência junto a eles, fazendo com que algumas dúvidas e incertezas fossem geradas nesse período inicial. Esse fato se deve, não apenas ao curto tempo de existência do programa, mas, também, em uma necessidade de maior responsabilização da Secretaria Municipal de saúde de Caicó em relação a prática da preceptoria e da função formadora que o SUS apresenta.

No entanto, pude notar que esta queixa supracitada está diretamente relacionada à categoria profissional do residente e a configuração do processo de trabalho da residência. O PRMAB segue o modelo de trabalho da AB e da Equipe de Saúde da Família (ESF), onde a equipe deve ter obrigatoriamente os profissionais da enfermagem e da odontologia fazendo, atuando de forma permanente UBS. Já as demais categorias profissionais estão inseridas na AB através do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), dando apoio às Equipes de referência. No município de Caicó, em 2019, existia apenas 1 equipe do NASF para atender à demanda de 17 UBS e isso limitava bastante a disponibilidade dos profissionais exercerem a preceptoria de maneira satisfatória para os residentes.

Sendo assim, os enfermeiros e cirurgiões-dentistas residentes - que eram “fixos” nas UBS, tinham o suporte técnico dos preceptores da mesma categoria profissional, trazendo novamente a visão muito disseminada durante a graduação de atuar sob a supervisão de um tutor. Isso os deixou seguros, pois a qualquer momento poderiam sanar suas dúvidas ou incertezas com profissionais que compartilham da mesma expertise, até que finalmente atinjam a autonomia e segurança que precisam para exercerem sua profissão. Já os profissionais de outras categorias, que não tinham contato com essa mesma frequência com a equipe do NASF do município de Caicó, acabaram se sentindo mais angustiados e por vezes “perdidos” no processo, utilizando de outros meios para conseguirem a autonomia e segurança que os colegas “fixos” obtiveram mais facilmente, como buscar ajuda com ex-professores, colegas de graduação, colegas da própria residência que têm mais experiência e na literatura.

Constata-se aqui, a relevância de se adquirir não apenas maior conhecimento sobre o SUS, mas pela possibilidade de poder contar com um

“ombro amigo” ou alguém que possa auxiliar em questões técnicas e idiossincráticas de sua categoria profissional. Além disso, revela-se a importância do “Saber da Experiência”, colocada na figura do preceptor enquanto aquele que já possui maior bagagem e em condições de favorecer o crescimento de um de seus “pares” com maior propriedade.

Os relatos apontaram de forma muito clara essa diferença de vivência profissional entre as categorias, sendo exposto no documentário como pode ser diferente a percepção da atuação profissional nos cenários de prática a depender da profissão do residente, bem como sua prática profissional prévia e a segurança obtida durante a graduação num modelo que muitas vezes não permite a criação da identidade profissional, pensamento crítico e tático para a resolução de problemas através das suas habilidades e competências, e autonomia.

Porém, nem sempre o residente chamado de “fixo” encontra um terreno fértil. Foi possível compreender como os cenários de prática podem ser desafiadores quando eu ouvi relatos de sofrimento durante o primeiro ano de residência advindos de problemas passados que repercutem, como constelações familiares, nos tempos presentes. No documentário, uma cirurgiã-dentista residente comenta sobre como foi difícil enfrentar o primeiro ano num espaço onde a sua atuação profissional não era valorizada, reflexo de relações estremitadas no passado com outra turma de residentes ou ao próprio processo de trabalho nas UBS, onde a equipe de saúde bucal não abriu espaço para essa atuação, repercutindo até hoje.

Ainda assim, utilizando este exemplo foi possível entender como as relações interpessoais entre a equipe de residentes é importante e fortalecê-las de início é quase que uma atividade necessária: esta mesma residente confessou ter tido pensamentos negativos e por pouco não desistiu da residência por conta dessa situação desafiadora. O que fez com que ela permanecesse neste processo foi a sua equipe de colegas residentes, que a apoiaram e estiveram do seu lado o tempo inteiro.

Portanto, este cenário deveria aparecer no documentário como primeiro corte, fazendo com que fosse possível analisar as relações do trabalho em equipe nos tempos passados e o presente, para que possamos entender o restante do enredo que se segue à medida que o filme vai revelando mais aspectos intrigantes desse processo. A partir desse enredo, os discursos vão sendo moldados pela emoção que vem junto com a memória e como elas refletem no significado que a residência tem

na vida dessas pessoas. Inferir essas ideias se torna possível quando paro, escuto, analiso, entendo e me encontro como parte integrante deste grupo estudado.

### **“Estamos fortalecendo a Rede”: Rotina do segundo ano de residência**

O desenrolar do documentário segue para a rotina do segundo ano de residência. Esse núcleo de sentido é relevante por tornar visível o papel dos trabalhadores-residentes desde a criação do PRMAB na EMCM/UFRN. Como citado anteriormente, o segundo ano de residência passa a ser organizado curricularmente em eixos formativos ancorados no QFS. Quando eu, enquanto pesquisador/entrevistador, questiono aos entrevistados qual sua rotina no segundo ano e como eles percebem essa nova organização, é notória a satisfação que todos têm por essa nova forma de atuação prática.

Todos conseguem entender como positiva a nova organização, apontando o enorme benefício de conhecer mais a fundo RAS do município de Caicó/RN, tendo mais ciência da complexidade e mais segurança ao tratar das demandas da APS ao passo que conseguem visualizar quais os caminhos possíveis de um itinerário terapêutico para os diversos casos que surgem. Um fisioterapeuta residente chega a relatar que consegue perceber a relevância do segundo ano de residência, mais até que o primeiro, pois teve a oportunidade de vivenciar cenários de prática que nunca chegou a pensar em conhecer, como os dispositivos que compõem o SUAS e o CAPS, por exemplo. O mesmo residente entende que o tempo é curto nos dispositivos e isso acaba dificultando a criação de vínculo e continuidade das ações, porém acha que é algo normal quando se aumenta as vivências e acredita ser uma perda válida à medida que se aumentam os conhecimentos adquiridos.

Outros residentes entram em acordo durante a narrativa, apontando que se sentem mais entusiasmados com o segundo ano. Alguns apontam estarem mais cansados com a rotina do segundo ano, mas acabam concluindo que aprendem muito e esse benefício para a vida profissional é algo que só conseguiram adquirir por estarem neste PRMAB. Um médico veterinário fala dos desafios de sermos a turma pioneira neste modelo e que encarou de forma positiva, pois é normal encontrar alguns obstáculos quando se está tentando algo novo, mas acredita

que manter essa organização do segundo ano vai fazer com que esse processo se aperfeiçoe e se torne cada vez mais confortável às turmas subsequentes.

Do mesmo modo, revela-se a importância do processo de Diagnóstico da Comunidade, como por exemplo a territorialização desenvolvida por todos os residentes no primeiro ano de curso. Momento em que são conhecidos e reconhecidos os principais equipamentos e dispositivos sócio assistenciais existentes em cada território. Aqui, os equipamentos da área da educação como as escolas e creches, emergem enquanto os serviços que mais solicitam e demandam intervenções das equipes de saúde dentro e fora dos muros de suas instituições.

A medida em que vai crescendo a familiaridade com os territórios, profissionais, equipes e com os diversos serviços que compõem as Redes Prioritárias de Atenção à Saúde, novos “links”, vínculos e articulações vão sendo pavimentadas entre os diversos atores e cenários que revelam novos arranjos e tessituras fomentados pelo peregrinar dos alunos no decorrer de todo processo formativo.

Dessa forma, esta categoria é extremamente relevante de ser discutida e exposta no documentário, pois configura-se como um marco na história do programa, apontando o êxito da reorganização e servindo como exemplo para outras residências, propondo uma nova forma de se pensar e fazer residências no país.

### **“O SUS somos nós”: Percepção da atuação nos cenários de prática**

Este é um núcleo de sentido que considerada por mim uma das mais importantes e relevantes para o documentário à medida que é complementada pelas duas primeiras. Neste momento da narrativa, os residentes têm a oportunidade de autoavaliação tanto de sua prática profissional, quanto de sua contribuição como parte integrante de uma equipe que desenvolve ações voltadas para a população, com princípios baseados no SUS e com intuito de fortalecê-lo. Porém, como de fato esses residentes percebem as ações que desenvolveram ao longo desse período?

De forma muito sincera e muitas vezes emotiva, os residentes relatam a importância que as ações têm como fortalecedoras do SUS, entendendo sua atuação como imprescindível para o SUS local e regional, que podem refletir à médio e longo prazo nas esferas estadual e federal. A expectativa positiva sobre esse questionamento foi algo motivador de se ouvir e tive a obrigação de expressar

esse sentimento no documentário. Uma cirurgiã-dentista chega a falar que os residentes muitas vezes são a própria RAS do município, concordando com todos os outros residentes que acreditam na importância e impacto positivos da residência inserida nesse espaço e nessa região. Outra cirurgiã-dentista relata que as ações desenvolvidas pela residência fortalecem o SUS e a RAS do município, potencializando a atenção à saúde da população. Uma assistente social, por sua vez, ressalta o poder que o PRMAB tem de fazer a diferença e defender o SUS.

Entretanto, esse orgulho em ser o SUS e a RAS torna visível uma preocupação. Não há pretensão de criar uma rede paralela à oficial através do PRMAB. Dessa forma, um olhar cuidadoso deve ser empreendido para compreender quais são os desafios da gestão e da Universidade em compor a RAS a partir de um diálogo mais estreito e articulado entre o PRMAB e o trabalho dos profissionais de saúde da rede. Trabalhar em equipe em defesa do SUS não pode se limitar a percepção de que o coletivo de residentes é a própria rede. O apontamento de necessidade de maior vinculação pode nos apontar para um horizonte de que o SUS na APS é comporta pela união entre o PRMAB e todos os trabalhadores que compõem as equipes em todos os equipamentos de saúde do município.

Os relatos continuam de forma positiva, onde todos conseguem entender e perceber os benefícios do programa para a população, que vão muito além do que eles mesmos - os residentes - conseguem enxergar. Relatam que durante o processo, existem muitos desafios e fragilidades (que serão discutidas no subtópico subsequente), porém apesar de todos os percalços, a residência consegue mostrar seu sentido na região que está inserida e as ações conseguem atingir os objetivos para as quais são propostas, motivando e servindo como gás para os profissionais do município, que muitas vezes se encontram desmotivados e fadados ao comodismo. Uma farmacêutica diz acreditar que os residentes impulsionam os profissionais da cidade a se movimentarem, fazerem mais e fazerem melhor, em busca de uma oferta de saúde mais qualificada e ampliada.

Com isso, constata-se o potencial transformador e indutor de mudanças fomentado pelos PRMS, à medida que propõem a utilização de novos métodos e tecnologias no processo de trabalho das equipes, aprendem e se capacitam pela troca de saberes e experiências com os profissionais nos espaços de Educação Permanente, preceptoria, discussão de casos e no próprio cotidiano assistencial. Apesar de todas as

dificuldades e angústias relatadas nas categorias anteriores, nós residentes conseguimos ver sentido e nunca desanimamos do propósito de retribuir para população o investimento na nossa formação e de fortalecer o SUS para que ele não se perca.

### **“Tiveram momentos negativos, mas são desprezíveis perto dos momentos positivos”: Potencialidades e fragilidades do processo de residência**

O núcleo de sentido foi criado tendo em vista os diversos relatos dos fatores que potencializam o processo e dos desafios que foram vivenciados pelos residentes. Ao meu ver e através do que foi relatado, esses processos acontecem de forma muitas vezes singular a depender da visão do residente, suas expectativas ao ingressarem no programa e como essas expectativas foram ou não conquistadas, porém tomam cunho coletivo quando podemos traçar semelhanças desses fatores e como eles dialogam, sendo essa ideia representada no documentário.

Em relação às potencialidades, o trabalho em equipe e de forma interprofissional foi o mais relatado. Os residentes acreditam que essa vivência com várias categorias profissionais só é possível neste programa de residência, considerado o programa do país com mais categorias profissionais atuando juntas (dez categorias profissionais), sendo essa experiência extremamente significativa, já que conseguem aprender com o outro e crescer profissionalmente à medida que os saberes são compartilhados.

De acordo com o exposto, constata-se o quanto a residência fomenta o crescimento e ampliação do potencial de atuação profissional a partir do contato e interação com outras categorias profissionais. Ao somar esforços na composição do trabalho conjunto junto as equipes os profissionais veem alavancadas as fronteiras do conhecimento e infinitas possibilidades de atuação. Adquirem maior segurança e propriedade na execução do fazer cotidiano comprometido com a integralidade do cuidado, acionando outros saberes e áreas no conhecimento diante da complexidade que o cuidado em saber requer.

Sobre os desafios, o principal foi o contato ainda falho com os profissionais dos núcleos de saberes individuais dos residentes, o que não se aplica aos enfermeiros e cirurgiões-dentistas, como relatado anteriormente. Considero este desafio muito mais individual do que coletivo, tendo em vista que atinge mais os profissionais das categorias que compõem o NASE. Além disso, esta fragilidade

acontece não por falha do PRMAB em si, mas pelo incentivo ainda insuficiente da gestão pública em ofertar apenas um NASF para o município inteiro de Caicó/RN, tornando o contato entre residentes e estes profissionais pouco palpável à medida que a demanda destes é muito alta, restando pouco tempo disponível para uma preceptoria mais qualificada.

Porém, um desafio que se mostrou comum a todos os residentes do PRMAB e que se relaciona diretamente com o programa em si são as aulas do eixo teórico. Os residentes acreditam que as aulas deveriam ser direcionadas para a prática profissional e em concordância com os desafios do cotidiano da atuação na AB, como tratar de apoio matricial, criação e gerenciamento de grupos, mapeamento e outras ferramentas que contribuíssem nos serviços onde estão inseridos.

Sendo assim, as potencialidades e desafios se tornaram essa reflexão importante para o estudo e foram incluídas no documentário a fim de preservar a percepção desta turma de residentes neste período de tempo e história do programa, para que sirva de base de dados para estudos e estratégias de enfrentamento dos desafios e manutenção das potencialidades, onde novas turmas poderão assistir ao filme e entender como se deu a construção do programa e quais fragilidades permaneceram, propondo pensamentos crítico-reflexivos sobre o que foi percebido, quais atitudes foram tomadas como ação do que foi apontado e quais fatores refletem de forma permanente no programa.

### **“É impossível entrar nesta residência e sair a mesma pessoa”: Mudanças nos aspectos profissionais e pessoais**

Este núcleo de sentido traz sentido ao subtítulo do filme e se tornou um tópico importante de ser ressaltado, tendo em vista as diversas repetições da palavra “transformação” durante todas as entrevistas, com relatos como “é impossível entrar nesta residência e sair a mesma pessoa”. Neste momento do documentário, a narrativa ganha uma conotação sentimental, dramática, trágica e romântica em fragmentos de falas repletas de sentido que, segundo os residentes, fizeram parte de seu processo de crescimento profissional e pessoal.

É interessante assistir como a narrativa se constrói de forma cronológica até chegar neste campo de sentimentos, pelo qual a percepção das ações desenvolvidas pelo PRMAB ganha um cunho muito pessoal e intimista, sendo

apontadas as mudanças que cada um percebeu no que diz respeito ao seu saber profissional e como ele foi afetado, bem como seu entendimento de ser no mundo e quais aspectos de sua personalidade foram tocados. Nenhum dos residentes se posicionou contrário à ideia de que sofreu mudanças nesses aspectos.

Através de suas falas, pude perceber que estava pisando em terreno muito delicado, então deixei todos à vontade de se expressarem da maneira que quisessem, presando sempre pelo ambiente acolhedor e protegido que me propus a oferecer, já que todos eles estavam confiando em mim como propulsor das suas percepções. Com isso, acabei colhendo algumas demonstrações de emoções que eles não esperavam que viessem à tona, como eu também não estava esperando. Algumas pessoas choraram ou quase isso, outras tremiam as mãos, falhavam a voz, engoliam em seco, por conta de um questionamento que parecia simples a primeiro momento, mas tinha uma representativa grandiosa, pois naquele momento era lhes dada a oportunidade de refletir como aquele processo, que poderia ser apenas um aditivo em seus currículos e formação profissional, acabou sendo um divisor de águas em suas vidas.

Eles estavam tão confortáveis naquele espaço, com alguém que também compreendia o que eles estavam sentindo, já que eu também tinha meus próprios sentidos de afetação sobre a residência, que viram a oportunidade de processar tudo o que passaram ao longo desses quase dois anos de vivência e quase que num choque de realidade, perceberam que não eram mais os mesmos de quando entraram, conseguiram apontar o que havia mudado, quais aspectos de suas vidas tinham sido alterados, melhorados e amadurecidos. Por vezes, a emoção de se reconhecer melhor do que era antes causou comoção e foi algo realmente bonito de se ver, se sentir, pois eu também compartilhava do mesmo sentimento de que não era mais o mesmo profissional, tampouco a mesma pessoa.

Esta reflexão vem carregada de uma grande carga de sentimentos e emoções e não poderia deixar de existir no produto final, pois é uma percepção valiosa pois torna evidente que personificar um processo em torno de teorias é um empreendimento puramente acadêmico. A formação pelo PRMAB deu a todos os entrevistados a percepção do que é a formação ao longo da vida como elementos que afetam nossa prática profissional a partir de experiências e vivências de vida no cotidiano do trabalho em saúde. Foi durante a análise deste núcleo de sentido

que pude perceber que, além de profissionais, somos pessoas que sentem e que são afetadas - e isto parece muito óbvio, mas na verdade o status de “profissional da saúde” na sua forma mais arcaica faz com que o ser humano esqueça que sente, que vive, que sofre. Dar espaço a essa emoção talvez tenha sido o primeiro momento de muitos residentes em parar e pensar: “nossa, realmente esta experiência me transformou”, em mais aspectos do que era esperado.

Uma enfermeira residente se emocionou ao relatar que agora pensa em outros rumos de vida e tem coragem de se arriscar em outras experiências que antes não tinha e nem pensava, dando crédito ao que aprendeu no PRMAB. Um psicólogo residente, deixando suas emoções transparecerem pelas mãos trêmulas, diz que a residência o ensinou a ser um ser humano melhor e que valeu a pena. Esse tipo de percepção atrelada ao estudo traz um ganho significativo nos processos de entendimento e compreensão dos programas de residência, sugerindo como proposta a ponderação do quanto a imersão e formação no/pelo trabalho, principalmente quando se trata da complexidade da AB, pode repercutir na vida dos residentes muito mais do que na vida profissional.

Além de adquirirem conhecimentos que vão moldá-los em suas profissões, os residentes nos mostram nessa categoria que o processo é tocante e proporciona transformação enquanto pessoa. Inferir sobre esses aspectos é entender a residência não só como espaço formativo, mas muito além disso, como espaço significativo e transformador na vida daqueles que têm a oportunidade de experimentar esse “turbilhão de emoções e sensações que é a residência” (frase de uma assistente social residente).

Durante o processo formativo, revela-se o papel contundente dos PRMS na ampliação do conhecimento sobre as RAS. Mais do que isso, revela-se a possibilidade de também se aprender através daquilo que não deu certo e dos percalços que surgiram pelo caminho. Nesta trajetória, reconhece-se as habilidades e capacidades que foram sendo adquiridas e que já são vislumbradas enquanto potentes ferramentas na articulação e pactuação entre serviços na composição das redes de atenção. Neste contexto, se veem em condições de levar para outros espaços e cenários que irão atuar, maiores conhecimentos e instrumentos que podem auxiliar as equipes na construção de novas linhas e itinerários de cuidado, sejam estes quais forem os futuros espaços de atuação profissional.

## Considerações finais

O produto audiovisual em formato de documentário representa a percepção dos residentes sobre suas ações desenvolvidas durante o período em que atuaram no PRMAB. Estas ações, segundo os mesmos, são fortalecedoras do SUS e contribuem de forma significativa para a saúde dos usuários e usuárias dos serviços prestados no município de Caicó/RN, bem como proporcionam o fortalecimento das RAS.

O documentário foi desenvolvido com a colaboração de diversos atores, desde a orientadora do estudo até os residentes que se propuseram a participar, entendendo a importância de serem ouvidos, de suas percepções serem preservadas e de contribuírem em busca de um programa de residência melhor. O roteiro do documentário surgiu após todos os dados coletados e se deu através da percepção do autor de que as falas dos residentes aconteciam de forma harmônica e complementar, sendo possível essa visão após estudo dos dados. Ainda assim, a subjetividade da percepção individual foi preservada, à medida que o processo de vivenciar a residência se dá de forma singular.

A ideia temporal do documentário aconteceu de forma natural em todas as entrevistas, pela qual os residentes eram levados a rememorar o que viveram e a partir disso irem construindo sua própria narrativa cronológica até os dias atuais e, em alguns casos, até suas perspectivas de futuro. Dessa forma, aconteceu no documentário para tornar visível as percepções dos entrevistados desde o início do processo de residência até a reta final, passando também pelos sentimentos, emoções e mudanças na vida profissional e pessoal.

No documentário, os residentes são convidados a relembrem todos os momentos vividos durante o processo de residência e conseguem apontar os desafios e potencialidades, propondo formas de enfrentamento das fragilidades e manutenção dos pontos positivos. De forma subjetiva, apontaram as mudanças que ocorreram em sua vida profissional, relatando o aperfeiçoamento de suas práticas enquanto categoria profissional e capacidade de trabalhar em equipe, fator que não é estimulado durante a graduação. Além disso - e ainda usando da subjetividade e emoção -, os residentes discorrem sobre as mudanças que o PRMAB proporcionou nos aspectos pessoais de suas vidas, tornando essa



experiência para além da formação pelo trabalho do ponto de vista acadêmico, mas também como uma transformação do ser humano e da vida.

Quanto a mim, fica a certeza de ter alcançado o objetivo deste estudo e ter ido além com essa oportunidade de dialogar sobre a incrível experiência que é a residência. Foi interessante como consegui me encontrar nas falas, nos sentimentos e nas percepções dos meus e minhas colegas residentes, reafirmando o que eu pensava sobre as vivências serem singulares, mas se complementarem numa sensação de unidade. É certo que foram anos cheios de desafios, autodescobertas, ressignificações, e todo esse processo foi árduo. Porém, ao sermos convidados a refletir e dialogar sobre isto, todos chegamos à mesma conclusão: não somos mais os mesmos, crescemos demais, aprendemos mais que esperávamos e saímos desses anos numerados com mais preparo profissional e engrandecimento pessoal. Apesar das dificuldades enfrentadas, nós conseguimos chegar ao fim com a sensação positiva de que tudo valeu à pena e que faríamos novamente se fosse preciso.

Este documentário teve um significado imenso para mim. Estar diante dos (as) residentes para conversar sobre suas percepções me deu a oportunidade de ouvir muito mais do que eu esperava e eu acredito que a nossa proximidade foi o fator essencial para a coleta de uma narrativa tão pessoal, franca e sensível. Os meus companheiros e minhas companheiras de jornada foram incríveis, se mostraram com falas riquíssimas da nossa passagem pela residência e isto foi gratificante. É exatamente isto que torna este documentário tão único: ele é singelo, é verdadeiro, é especial e foi me dado de maneira amigável, como um amigo que presenteia o outro. E eu, humildemente, aceitei.

## Referências

- BACHESCHI, L. A. A Residência Médica. *In*: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L. (cords). **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BOGDAN, R. C.; BILKEN, S. K. **Investigação qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994.
- BRANDÃO, E. R. M.; ROCHA, S. V.; SILVA, S. S. Práticas de Integração Ensino-Serviço-Comunidade: Reorientando a formação médica. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 4, p. 573-577, 2013.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Considerações sobre o Projeto de Lei nº 2.264/1996**. Institui a Residência em Enfermagem e dá outras providências. Relator: Doranilde Barbosa.

Informe Parlamentar, Brasília, nº 5/97, 10 mar. 1997.

- BRASIL. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 set. 1977.
- BRASIL. Lei nº 11.129, 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as Leis nº 10.638, de 28 de maio de 2003, e 10.429, 24 de abril de 2005; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jun. 2005a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e pólos de educação permanente em saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao\\_permanente\\_tripartite.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_tripartite.pdf). Acesso em: 19 abr. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf). Acesso em: 17 maio 2019.
- BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 nov. 2005b.
- BRASIL. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jan. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União. Brasília. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 20 maio 2020.
- CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Educação em Saúde Coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-56, 2001.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 115, p. 139-154, mar. 2002.
- GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- HONORATO, A. *et al.* A vídeo-gravação como registro, a devolutiva como procedimento: pensando sobre estratégias metodológicas na pesquisa com crianças. *In*: **Reunião Anual da Associação de Pós-graduação e Pesquisa em Educação**, Caxambu: ANPEd, 2006.
- HORII, C. L. **Um estudo da residência médica para a compreensão da formação continuada de professores**. 2013. 114 f. Dissertação (Mestrado em Ensino de Ciências). Faculdade de Educação da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- LEONARDO, A. C. I.; FERRAZ, E. A.; GONÇALVES, H. M. O uso do vídeo com metodologia da avaliação. **Revista Lumina**, Juiz de Fora, v. 2, n. 1, p. 123-133, jan-jun, 1999.
- LIMA, D. M.; PORTO, M. E. A. Residência em enfermagem: subsídios para possíveis estudos.

**Enfermagem em Novas Dimensões**, v. 3, p. 294-298, 1977.

MARTINS, L. A. N. **Residência Médica: estresse e crescimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

MEIHY, J. C. S. B. *et al.* História oral na América Latina. In: ALBETI, V.; FERNANDES, T. M.; FERREIRA, M. M. (org). **História Oral: desafios para o século XXI**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

MELO, L. P. *et al.* A Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil, no contexto do Programa Mais Médicos: desafios e potencialidades. **Revista Interface**, v. 21, n. Supl. I, p. 1333-43, 2017.

NUNES, E. D. Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: Histórico e Perspectivas. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 13-38, 2005.

PASINI, V. L. **Residência Multiprofissional em Saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS**. Tese (Doutorado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PASK, G. **Conversation, cognition and learning: a cybernetic theory and methodology**. Nova York: Elsevier, 1975.

PINHEIRO, E. M.; KAKEHASHI, T. Y.; ANGELO, M. O uso de filmagem em pesquisas qualitativas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 717-722, set./out. 2005.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação no Brasil: apontamentos históricos. **Revista Trabalho, Educação, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 479-498, 2010.

SADALLA, A. M.; LARocca, P. Autoscopia: um procedimento de pesquisa e de formação. **Revista Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 419-433, set./dez. 2004.

SILVA, C. T. *et al.* Residência Multiprofissional como espaço intercessor para a Educação Permanente Em Saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e2760014, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000100304&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100304&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 abr. 2020.

UEBEL, A. C.; ROCHA, C. M.; MELLO, V. R. C. Resgate da memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM). **Boletim de Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n.1, p. 117-23, 2003.

## CAPÍTULO 10

### A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Ilara Maria Ferreira Alves  
Cristiane Spadacio  
Bruna Maria de Araújo Marinho

#### Introdução

A integralidade do cuidado é um princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS), que visa uma prática de qualidade em todos os níveis de complexidade, proporcionando a construção de políticas sociais mais justas, e reorganizando os serviços de saúde na centralidade da necessidade do usuário e na participação popular (SANTANA *et al.*, 2010). Porém, na implementação dos serviços, a promoção da saúde e prevenção de agravos estão fragmentadas, e diante dessa dificuldade, elencou-se a multiprofissionalidade como estratégia para aperfeiçoar e reorganizar o processo de trabalho dos integrantes das equipes. Desse modo, Salvador *et al.* (2011) analisaram a necessidade de novos profissionais envolvidos no cuidado, e por isso foram criadas pelo Ministério da Educação desde 2005, através da Lei 11.129, as residências multiprofissionais em saúde (BRASIL, 2005).

A residência multiprofissional em saúde é uma pós-graduação *lato sensu*, pautada em uma metodologia de ensino-serviço, na qual as vagas são destinadas para os profissionais da saúde, exceto para a categoria médica. A formação multiprofissional aprimora as habilidades dos profissionais das equipes, orienta a assistência dos casos de modo integral, e produz ações de saúde de qualidade e resolutividade tanto para o indivíduo quanto para a coletividade (BRASIL, 2005).

A vivência na residência multiprofissional em saúde possibilita conhecer várias profissões e como elas desenvolvem suas funções no processo de trabalho

no individual e no coletivo, como os profissionais de diferentes categorias podem se ajudar na construção do atendimento aos usuários, e como essa experiência proporciona uma reflexão crítica como o trabalho em equipe é importante.

Destarte, as equipes multiprofissionais são uma realidade enquanto estrutura dos serviços de saúde, especialmente em atenção básica. Porém, apenas colocar profissionais de saúde de diferentes categorias profissionais para trabalharem juntos não garante que o trabalho em saúde seja efetivo e orientado pelas necessidades de saúde do indivíduo ou comunidade. Nesse contexto, a formação multiprofissional trabalha com a recente estratégia da interprofissionalidade, que vem nessa busca por integrar de fato as práticas dos diferentes profissionais de saúde, e ainda tenta romper com o modelo de cuidado em saúde de forma fragmentado (CASTRO; NIGRO; CAMPOS, 2018).

O trabalho interprofissional possui tipologias que são classificadas de acordo com a necessidade do usuário, sendo elas o trabalho em equipe, a colaboração, a coordenação interprofissional e o trabalho em rede (PEDUZZI; AGRELI, 2018). O trabalho em equipe é uma ação fortemente integrada por normas consensuais, baseada na intersubjetividade da compreensão e do reconhecimento mútuo, isenta de repressão, interdependência dos profissionais, clareza e conhecimento do papel profissional imediato (NUNES; WOVST; NETO, 2014). A coordenação interprofissional se assemelha a anterior, porém um profissional é responsável pela a coordenação dos demais profissionais da equipe e existe uma flexibilidade na interdependência (ARRUDA *et al.*, 2018). E o trabalho em rede no qual se evidencia ainda maior flexibilidade e menor interdependência das práticas, mas com a integração em rede mantida (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Entre essas tipologias, a colaboração está presente no trabalho da residência multiprofissional em saúde, como parte de um processo dinâmico, ou seja, uma prática coletiva orientada a partir de um objetivo em comum, envolvendo harmonia, compartilhamento e confiança (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013; D'AMOUR *et al.*, 2005). Logo, de acordo com D'Amour *et al.* (2005) sua melhor definição se dá a partir do agrupamento das palavras-chaves compartilhamento, parceria, interdependência e poder.

Nesse interim, D'Amour *et al.* (2005) ainda traz que o compartilhamento acontece quando os profissionais de diferentes categorias envolvidos no contexto de

saúde/doença individual ou coletivo, devem ter responsabilidades compartilhadas, tomada decisões compartilhadas, assistência à saúde compartilhada, planejamento e intervenção compartilhada, assim proporcionando uma prática colaborativa.

Além disso, a parceria que é estabelecida no trabalho colaborativo exige um relacionamento fiel e construtivo entre dois ou mais profissionais. Essa relação deve ser construída com base numa comunicação aberta e honesta, juntamente com confiança e respeito mútuos. Desse modo, cada profissional deve compreender a importância das contribuições e perspectivas dos demais profissionais, estando claro que trabalhar em parceria necessita de um conjunto de objetivos em comuns e resultados específicos. Ademais, a interdependência, ou seja, a dependência mútua entre profissionais, acontece a partir do desejo em comum de atender as necessidades do indivíduo e/ou coletividade (D'AMOUR *et al.*, 2005; D'AMOUR *et al.*, 2008).

Assim, poder que é fundamentado no conhecimento e na experiência, e não em funções ou títulos, é aquele que deve ser compartilhado entre os membros da equipe com objetivo de empoderar cada participante, de forma independente da sua categoria ou nível profissional (D'AMOUR *et al.*, 2005; D'AMOUR *et al.*, 2008).

A colaboração interprofissional não visa solucionar todas as dificuldades que a equipe multiprofissional vai apresentar. Desse modo, algo que pode surgir em qualquer situação são os conflitos, já que a interação de dois ou mais profissionais com interesses opostos podem causar um desconforto no processo de trabalho (CLARO; CUNHA, 2017). Nesta perspectiva, existem várias estratégias para a gestão de conflitos, porém segundo Claro e Cunha (2017) a mediação é a forma mais eficaz para resolução dos conflitos, onde as partes envolvidas compreendem de forma voluntária a responsabilidade das divergências existentes.

Visto que a colaboração é uma tipologia do trabalho interprofissional e a residência multiprofissional em saúde devem trabalhar com a interprofissionalidade e com a gestão de conflitos para assim aprimorar a qualidade da assistência à saúde da população, esse trabalho de conclusão de residência objetivou relatar a colaboração interprofissional vivenciada por uma enfermeira de um programa de residência multiprofissional em saúde.

Este estudo tem como objetivo relatar a colaboração interprofissional vivenciada por uma enfermeira de um programa de residência multiprofissional em saúde.

## Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, com abordagem qualitativa, o qual foi utilizado o recurso metodológico autonarrativa que tem a finalidade de reunir a vivência de uma profissional de enfermagem em um programa de residência multiprofissional em atenção básica. A metodologia relato de experiência é de domínio social, abordando parte das vivências humanas, devendo conter tanto dados objetivos e subjetivos das impressões ali vivenciadas. A tipologia desse estudo é importante na descrição da experiência, pois provoca uma nova reflexão sobre um fenômeno particular (LOPES, 2012). Logo, as pesquisas com abordagem qualitativa buscam aprofundar analiticamente um objeto de pesquisa, que nesse caso será a experiência na residência multiprofissional em saúde.

Segundo Pacheco e Onocko-Campos (2018), a produção e análise de narrativas é um instrumento metodológico útil nos estudos qualitativos em saúde coletiva, servindo para pesquisar e analisar um campo vasto, sendo compreendido como as experiências dos sujeitos, seus diferentes contextos e a interpretação e relevância dos seus discursos. Logo, para os autores, quando se fala em experiência-narrativa, trata-se da construção e da interpretação das narrativas do sujeito que ali vivenciou tal fenômeno.

As atividades como residente foram desenvolvidas no período de 06 de março de 2017 até 28 de fevereiro de 2019, porém a narrativa foi centrada nas ações desenvolvidas no primeiro ano, que aconteceram principalmente em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no município de Caicó, Rio grande do Norte (RN). Para a construção desse trabalho foi realizado um aglomerado de dados recordatórios da experiência da autora e narradora no programa de residência multiprofissional em atenção básica, configurando-se como um processo metodológico de autonarrativa.

As narrativas foram construídas a partir da temática principal do estudo que é a colaboração interprofissional, bem como baseadas na experiência da autora no programa de residência durante as atividades desenvolvidas que foram pautadas no trabalho interprofissional ou não. De forma concomitante, realizou-se a discussão da literatura acerca do tema para consolidar e argumentar a vivência da autora (JORGE *et al.*, 2012; PACHECO; ONOCKO-CAMPOS, 2018).

Como resultado desta pesquisa será apresentado o relato de experiência, organizado sistematicamente em três momentos e apresentados a seguir: caracterização do programa, atividades desenvolvidas e narrativa de uma experiência.

## Caracterização do programa

O programa de residência multiprofissional em atenção básica acontece com a formulação de um projeto pedagógico multicampi, ou seja, em dois municípios do RN, Caicó e Currais Novos, desde o ano de 2016, sendo composto por 44 profissionais que são divididos igualmente entre as duas cidades. O programa é vinculado pela a Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN), que foi implementada a partir do programa Mais Médicos, com a proposta de responsabilidade social da escola médica com o interior do RN, sendo assim planejada para melhorar a assistência à saúde na região do Seridó, e a residência multiprofissional é um fator fundamental para a melhoria desta saúde no interior do Estado (PMRMAB, 2015).

Os profissionais que compõem o quadro de residentes são 8 enfermeiros, 8 dentistas, 4 nutricionistas, 4 fisioterapeutas, 4 assistentes sociais, 4 farmacêuticos, 4 profissionais de educação física, 4 psicólogos, 2 médicos veterinários e 2 fonoaudiólogos, em cada turma ingressante. Em cada cidade, os profissionais se dividem em duas equipes, sendo que uma das equipes terá o médico veterinário e o fonoaudiólogo a mais, devido ter a quantidade de apenas um por categoria em cada município. Esses profissionais ao ingressar no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde vão vivenciar a realidade do SUS e uma formação ampliada no contexto das comunidades do interior do RN.

Nessa perspectiva, a inserção dos profissionais residentes nas redes de saúde dos municípios de Caicó e de Currais Novos possibilita processos de reconstrução e qualificação da assistência à saúde prestada, contribuindo, assim, para a melhoria das condições de vida dos usuários e, conseqüentemente, a consolidação da integração ensino-serviço-comunidade, o incentivo à educação permanente dos trabalhadores da saúde e a fixação de profissionais egressos nesses municípios.

Desse modo, vale ressaltar que a vivência que faz parte desta narrativa aconteceu em um dos municípios, Caicó – RN, por ser a cidade onde a autora prestou serviços como residente multiprofissional em atenção básica.

Durante a residência existiram momentos teóricos com carga horária de 1.152 horas e práticos com carga horária de 4.608 horas, que obteve como eixo principal o trabalho interdisciplinar, as metodologias utilizadas para o processo ensino-aprendizado foram aulas dialógicas, demonstrações, problematização, PBL (Problem Based Learning), PTS (Projeto Terapêutico Singular), Clínica ampliada, seminários, pesquisa, reuniões conjuntas com as equipes, sendo que as atividades foram presenciais, semipresenciais e à distância. A matriz curricular do programa é organizada a partir de três eixos distintos, porém integrados, onde são distribuídos os módulos teóricos, práticos e teórico-práticos. São o eixo transversal, ofertado a todos os residentes, que possui conteúdos que dão subsídio para uma prática integrada e o desenvolvimento da articulação de ações na assistência à saúde; o eixo comum à área de concentração, corresponde às particularidades dos cuidados na atenção básica e suas características específicas na interação dos conhecimentos da equipe multiprofissional; e o eixo longitudinal, dividido pelas profissões que compõem o programa, corresponde à singularidade de cada núcleo profissional sendo que cada profissão tem pontos intrínsecos para integrar na equipe multidisciplinar (PMRMAB, 2015).

Como exposto, o eixo comum à área de concentração acontece na atenção básica, logo a logística na prática sucede na metodologia de rodízio entre UBS, cada equipe ficava exclusivamente com duas UBS e tem uma terceira unidade que os residentes dividem, sendo assim cada equipe de residente ficava responsável de exercer suas atividades em 3 UBS.

Dentro de cada equipe ocorreu subdivisão dos profissionais em “volantes” e em “fixos”, como o nome sugere os fixos ficam apenas em uma unidade e os volantes realizam os rodízios pelas 3 unidades. São profissionais fixos aqueles das categorias de enfermagem e odontologia, sendo os profissionais volantes das categorias de nutrição, fisioterapia, psicologia, farmácia, serviço social, educação física, fonoaudiologia e medicina veterinária.

Assim, a experiência que foi vivenciada pela enfermeira residente, aconteceu em uma UBS. Tal unidade era composta por duas equipes de saúde da

família (eSF), das quais os residentes participaram do processo de trabalho de forma colaborativa e integrada, envolvendo-se na dinâmica já existente no serviço e acrescentando novas práticas para o trabalho em saúde cotidiano.

## **Atividades desenvolvidas**

Os residentes se envolveram em atividades de caráter individual e coletivo, porém como o presente estudo objetivou relatar a colaboração interprofissional vivenciada por uma residente multiprofissional, foram elencadas as experiências e impressões surgidas a partir da atuação nas atividades que envolviam dois ou mais profissionais de forma coletiva.

Antes da implantação do programa de residência, as eSF desenvolviam ações de acordo com o calendário recomendado pelo Ministério da Saúde e apenas envolvendo os profissionais das próprias equipes. Portanto, algumas das atividades descritas no decorrer da narrativa só deram início com a residência, e outras já existiam e foram aprimoradas através da equipe multiprofissional, ressaltando assim a importância do programa na melhoria da assistência à saúde realizada pelas eSF.

## **Consultas coletivas e compartilhadas**

As ações compartilhadas eram realizadas por diferentes profissionais de forma colaborativa e direcionadas a um único indivíduo ou a um coletivo de usuários, dependendo da especificidade e demanda. A consulta de crescimento e desenvolvimento (CeD) da criança coletivo ou individual compartilhado é um exemplo de uma ação que acontecia com uma, ou até com diversas crianças. A consulta de CeD coletivo era priorizada quando as orientações e os cuidados eram pertinentes a todas as crianças, sendo assim composto por aquelas de faixa etária aproximada. Essa consulta acontecia semanalmente, e toda a equipe multiprofissional de residentes acompanhava juntamente com a enfermeira de cada eSF, contribuindo de acordo com seu núcleo de saber profissional e direcionando sua atuação para com a criança e também para a mãe e/ou acompanhante.

Seguindo essa lógica, aconteciam as seguintes atividades compartilhadas as consultas de pré-natal, em que houve maior envolvimento dos residentes enfermeiro, dentista, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo com as enfermeiras da eSF. Além

dessas ações, aconteciam as consultas e visitas domiciliares que eram planejadas e realizadas a partir das discussões de casos que aconteciam nas reuniões de equipe.

Essas consultas tiveram um *feedback* positivo, tanto por parte dos usuários como pelos profissionais do serviço, já que os que participavam delas expressavam o quanto aquele momento era rico para o acompanhamento da criança ou da gestante, e ainda, tinham sempre o interesse de participar das consultadas compartilhadas, expressando que sentiam falta dos profissionais quando a consulta era simples e individualizada.

Logo, foi possível observar que essas consultas compartilhadas foram pautadas na lógica do trabalho multiprofissional, pois segundo Peduzzi *et al.* (2013) entende-se por trabalho multiprofissional indivíduos de duas ou mais profissões que realizam ações conjuntamente, no entanto, de forma paralela, sem haver necessariamente interação entre eles.

### **Grupo “8 e 15” – Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)**

O grupo de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis era conhecido como grupo “8 e 15” devido ao horário em que se iniciavam suas ações (08h15min), e os participantes na maioria eram portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Esse grupo acontecia semanalmente no auditório de uma instituição de longa permanência do bairro, sendo criado a partir de uma iniciativa dos graduandos do curso de medicina da EMCM/UFRN que na época faziam vivência naquela unidade, e os residentes e os profissionais das eSF acabaram se envolvendo na dinâmica do grupo e conduzindo as ações. A metodologia utilizada embasada na etnoeducação, na qual se busca conduzir o aprendizado a partir dos conhecimentos dos usuários, instigando-os a entender como é a processo de adoecimento da HAS e da DM, estimulando momentos de troca de conhecimentos, e priorizando a necessidade do usuário como centralidade. Após os encontros que foram estabelecidos por essa metodologia, no grupo passou a ser trabalhado o método da “autoajuda”, no qual os participantes sugeriram os temas a serem conduzidos nos próximos encontros.

Diante do exposto, a etnoeducação compreende uma inversão de papeis, substituindo os conhecimentos advindos dos processos fisiopatológicos e das

prescrições de saúde no sentido de estilos de vida “saudáveis”, pelo reconhecimento, relevância e valorização dos saberes, ações e vivências dos participantes do processo saúde-doença (MELO, 2015). Esse método proporcionou uma intensa interação entre todos os envolvidos, principalmente dos usuários, que eram os sujeitos principais dessa metodologia ativa.

### **Grupo de atividade física**

O grupo de atividade física era coordenado principalmente pela profissional de educação física residente, mas os residentes das demais categorias profissionais ajudavam no desenvolvimento dos encontros, os quais envolveram momentos de relaxamentos, alongamentos, exercícios aeróbicos, yoga, entre outros, além de ser realizada a aferição da pressão arterial no início e final do encontro, de forma a elencar repercussões imediatas na saúde dos participantes.

### **Grupo de Tabagismo**

O grupo de tabagismo faz das recomendações da Portaria nº 761/2016 do Ministério da Saúde, que, através de protocolos para a condução, visa um melhor cuidado a pessoa tabagista (BRASIL, 2016). Logo, as enfermeiras das eSF eram responsáveis por realizar a triagem dos participantes, e após o quantitativo de 20 usuários para a formação do grupo, acontecia uma divisão de tarefas entre os residentes e as enfermeiras do serviço, que seriam desempenhadas ao longo dos encontros, pensando no compartilhamento de conhecimentos e responsabilidades. Esses grupos promoviam a corresponsabilidade e a autonomia nos cuidados a saúde dos usuários participantes.

### **Grupo de mães artesãs**

O grupo de mães artesãs já acontecia antes dos residentes iniciarem sua atuação na referida UBS, e a introdução dos residentes nele aconteceu a partir de um convite pontual de uma participante do grupo para realizar uma exposição dialogada sobre uma temática específica. A partir deste primeiro encontro, foi firmada uma parceria entre os residentes e usuárias na condução do grupo, estabelecendo, assim, uma dinâmica de troca. Desse modo, à medida que os residentes ofertavam ações de promoção de saúde, as participantes, na sua maioria mães, ensinavam sua arte, por isso o nome do grupo.

Destarte, a ferramenta de grupo para a residência multiprofissional em saúde em atenção básica foi aquela em que houve um processo de colaboração interprofissional mais notável. A partir da condução desses grupos foi possível identificar parcerias entre os profissionais do serviço, da residência e dos usuários participantes, compartilhamento de tarefas e responsabilidades, uma interdependência menor, interação flexível e todos os envolvidos na prática como corresponsáveis e coparticipantes, sendo assim identificado um tipo de trabalho interprofissional.

Diante disso, para SOUZA *et al.* (2016) a colaboração interprofissional tem o sentido de compartilhar, e atuar em uma prática coletiva e dinâmica. Por isso, para os autores colaboração se define a partir do reagrupamento das seguintes palavras-chaves: compartilhamento, parceria, interdependência e poder.

### **Reuniões de equipe e Projeto Terapêutico Singular (PTS)**

As reuniões de equipe aconteciam com as duas eSF, porém em momentos distintos, acontecendo alguns encontros envolvendo todos os profissionais da UBS sem separação, e em outros momentos houve reuniões apenas entre os residentes. Nessas reuniões aconteciam as discussões de casos dos usuários, que era uma ferramenta utilizada para classificar os atendimentos, já que as consultas não eram por demanda livre.

A partir dessa discussão de caso que eram organizados os possíveis projetos terapêuticos singulares (PTS), os atendimentos e as visitas domiciliares sejam elas uniprofissionais ou compartilhadas. Na maioria das vezes, era difícil sistematizar os atendimentos, pois os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) traziam os casos e já solicitavam quais as categorias profissionais iriam ser necessárias, porém com alguns diálogos houve o entendimento que os respectivos casos não eram direcionados apenas para alguns profissionais, mas sim, que todos os residentes estariam envolvidos independente da sua profissão.

Diante da reflexão dessa prática, foi possível observar que a sistematização da discussão de caso foi um grande desafio, pois durante todo o primeiro ano vivenciado na UBS não se conseguiu obter sucesso, por resistência da população, de alguns profissionais das eSF e até dos próprios residentes.

Também nessas reuniões era realizado o planejamento das ações do mês, como consultas e visitas compartilhadas, e ações pontuais de acordo com o calendário recomendado pelo Ministério da Saúde ou alguma demanda vinda da Secretária Municipal de Saúde de Caicó.

### **Programa Saúde na Escola (PSE)**

Além disso, ocorria o acompanhamento e implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) conhecido como uma estratégia onde deve ser realizada anualmente nas escolas adstritas no território da unidade de saúde, os temas a serem levados para esses momentos já são pré-definidos pelo manual do Ministério da Saúde e alguns outros são enviados pela Secretária Municipal de Saúde. Nos encontros foram realizados jogos interativos, apresentação com fantoches, medidas antropométricas, atualização de carteira vacinal, avaliação odontológica, avaliação nutricional e exposição dialogada.

As reuniões de equipe e o PSE eram momentos em que participavam o maior número de profissionais das eSF, não sendo apenas as enfermeiras. Desse modo, os residentes e os profissionais das eSF acabavam mantendo maior interação e troca de saberes durante essas. Entretanto, não ocorria uma corresponsabilidade entre todos os envolvidos na prestação do cuidado, na maioria das vezes essa responsabilidade era direcionada as enfermeiras do serviço e/ou aos profissionais residentes. Com isso, acontecia uma sobrecarga de trabalho em alguns profissionais, causando assim um desgaste físico e psicológico.

A entrada dos residentes possibilitou uma qualificação no serviço da UBS, considerando o aumento do vínculo dos usuários, novos conhecimentos abordados nas atividades, melhora na integralidade do cuidado, comunicação e troca de saberes entre profissionais envolvidos, melhora no trabalho em equipe e na autonomia dos usuários. Estas questões, foram observadas, a partir da melhora na rotina do serviço, com maior vínculo dos usuários com os profissionais e a equipe se dedicava mais as suas práticas.

As ações relatadas tem como base as necessidades de saúde dos indivíduos no território e que as ações estão alinhadas com as propostas do Ministério da Saúde para as redes prioritárias de saúde, a fim de garantir a integralidade da atenção.

Em suma, o programa de residência multiprofissional em saúde em atenção básica ainda trabalha numa perspectiva multiprofissional, sendo possível observar que só em alguns momentos acontece uma prática interprofissional, já que os profissionais ainda se mantêm presos em suas especificidades. Entretanto, se houver a intenção de uma comunicação de qualidade e uma colaboração entre diferentes categorias profissionais dos envolvidos no processo do cuidado, irá possibilitar a resolubilidade das atividades e a efetividade da atenção à saúde.

Nessa perspectiva, Peduzzi *et al.* (2013) citam que os profissionais com diferentes especialidades em saúde, dispostos a percorrer entre as áreas próprias de formação, articulam seu saber específico com o dos outros na organização do processo de trabalho, o que possibilita tanto compartilhar as ações como delegar serviços a outros profissionais nos moldes de uma prática colaborativa.

### **Narrativa de uma experiência**

As competências colaborativas do trabalho interprofissional acontecem quando uma equipe que envolve diferentes profissionais, não apenas da saúde, mas com todos que compartilham a ideia de pertencer a equipe e que trabalham juntos de maneira integrada e interdependente para atender as necessidades de saúde da população. Trata-se de um processo dinâmico, em que os profissionais se conhecem e aprendem a valorizar o trabalho do outro e como esse trabalho pode contribuir na equipe, para que assim possam entender o perfil da comunidade, diante das demandas e necessidades dos usuários, e também compartilhar os objetivos em comuns, para a construção de ações e resoluções dos problemas mais complexos de saúde (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Logo, na experiência enquanto residente neste contexto é de que o aprendizado esteve presente em todo momento, já que o desenvolvimento das competências colaborativas no trabalho interprofissional era algo novo no processo de trabalho em saúde, assim mudando paradigmas já pré-estabelecidos.

O ato de aprender não se dar apenas com a cabeça, mas com o corpo, com as sensações, com as emoções que nos afetam e afetam aos outros, nessa perspectiva a experiência é um processo de aprendizagem (MELO; ARNEMANN, 2018). Desse modo, o relato de experiência junto com o método da narrativa proporciona o compreender as

circunstâncias mais complexas das experiências, sendo assim o vivenciar e o julgar das ações realizadas geram conhecimentos (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Logo, a residência multiprofissional em atenção básica proporcionou momentos de fortalecimento na estruturação dos serviços de saúde ali prestados, um dos pontos mais fortes é a diversidade profissional que existe, equipes com dez profissionais de categorias distintas, auxiliando no cuidado prestado. Além disso, como o número de UBS assistidas são reduzidas, no máximo três por equipe de residentes, garantiu uma melhor qualidade da assistência a população.

Nesse entendimento, acreditava que com profissionais capacitados era possível realizar todas as ações de saúde, sejam elas advindas do Ministério da Saúde, da Secretária Municipal de Saúde ou das demandas dos usuários, pelo contrário houve grandes desafios na prática, como estrutura física, proatividade dos envolvidos, falta de compromisso dos usuários que participavam dos grupos e auxílio da gestão e da escola onde os residentes eram vinculados. A superação desses desafios se deu no momento em que o usuário era o fator mais importante do processo, se a necessidade dele fosse suprida o trabalho tinha sido efetivo.

Durante a vivência houve também alguns conflitos, na maioria das vezes por divergência de opiniões, alguns tiveram resolubilidade, outros não, em consequência dificultou o processo de trabalho. Segundo Souza *et al.* (2016) abordam que o conflito pode ter pontos positivos ou negativos, dependendo de como aconteceu e como foram conduzidos.

Os conflitos que tiveram resolução foram considerados positivos, já que os envolvidos expuseram os seus pontos de vista, conversaram sobre a melhor maneira de resolver aquela situação e por fim, achando uma solução para os mesmos, assim possibilitando que o trabalho fosse executado sem prejuízo para os usuários. Entretanto, os conflitos negativos foram aqueles sem resposta, por causa disto algumas ações e atendimentos não tiveram a efetividade desejada, e ainda causou desconforto aos profissionais inseridos.

Compreende-se que a comunicação é uma estratégia de resolução de conflitos, visto que através dela existe a construção do respeito, da confiança, do vínculo, da colaboração e do reconhecimento do papel do outro (SOUZA *et al.*, 2016). Logo, a falta de comunicação gera prejuízos no trabalho em equipe, impossibilitando a colaboração interprofissional.



Outrossim, quando se está inserido em uma equipe multiprofissional o aprendizado é amplo. Nesse sentido, antes da inserção no programa de residência pensava que entendia como era a prática e a inserção das profissões inseridas no programa, no entanto, no decorrer das ações, dos atendimentos, dos encontros, das conversas e das reuniões foi evidenciado que cada categoria profissional possui suas particularidades, sendo assim, pude conhecer o papel de cada e desmistificar os pensamentos engessados das respectivas profissões.

O aprendizado também ocorreu nas ações e nos grupos, onde tínhamos que planejar a partir de metodologias ativas, que diferente do que aprendemos na graduação, não ficávamos restritos em uma exposição dialogada para uma plateia repassando uma temática pré-estabelecida. Então, Souza, Silva e Silva (2018) trazem que o ensino-aprendizagem das metodologias ativas é um processo de ensinamento centrado no usuário, onde o conhecimento é a partir das experiências e dos momentos reais, estruturado por uma pedagogia ativa, desta maneira retira o profissional formado do foco da transmissão do conhecimento, para que agora apareça na posição de coordenador do aprendizado, o usuário é o protagonista do processo de aprendizagem.

Destarte, para a formação como profissional de enfermagem dentro da residência pude adquirir conhecimentos em todos os aspectos, sejam eles negativos ou positivos, hoje me considero uma enfermeira mais aberta a diálogos, a opiniões e a críticas, reconheço a importância de cada profissão envolvida na assistência à saúde, compreendo que a necessidade do usuário, da família ou da comunidade é o objetivo em comum e o norteador no cuidado prestado, e que trabalhar em equipe proporciona melhores resultados na prática. Ao mesmo tempo, percebi como é difícil trabalhar com pessoas, onde em muitas vezes cada um deseja fazer o melhor para si, e são nesses momentos que acontecem os desgastes psicológicos e físicos, os conflitos, a falta de estímulo, e são nesses momentos que não existe colaboração interprofissional, apenas a uniprofissionalidade.

Contudo, a prática da colaboração interprofissional entende-se como uma parceria entre uma equipe composta por diferentes profissionais de diferentes áreas de conhecimentos e um usuário, em uma abordagem de decisão compartilhada e de participação colaborativa em volta da saúde e dos problemas sociais (PREVIATO; BALDISSERA, 2018). Além disso, a gestão de conflitos é um pressuposto da educação interprofissional que deve ser parte integrante desta

metodologia, visto que reduz o risco de ocorrências escaladas de conflitos e os custos a ela associados (CLARO; CUNHA, 2017).

## Considerações finais

Este trabalho apresenta como acontece a metodologia o estudo de narrativa na experiência de uma enfermeira residente no programa de residência multiprofissional em atenção básica. A narração mostrou-se eficiente no sentido de transmitir a vivência, em suas impressões, conflitos, reflexos e sucessos na prática da interprofissionalidade colaborativa em saúde.

Diante disso, a colaboração profissional é uma metodologia de trabalho a ser melhor executada nos serviços, visto que é uma proposta preconizada pelo sistema de saúde nacional vigente, além de que os cuidados de saúde são criados sem fragmentação, proporcionando a integralidade do cuidado.

Desse modo, os resultados e discussões foram divididas em três subtítulos, caracterização do programa, as atividades desenvolvidas e a narrativa de uma experiência, eles proporcionaram o melhor entendimento de como acontece a colaboração interprofissional na residência, a partir das ações realizadas no serviço de saúde pela equipe que ali atua. Além de causar uma reflexão sobre como o trabalho interprofissional é essencial para a efetivação da integralidade do cuidado.

Perante os achados supracitados, a interprofissionalidade não acontece sozinha, necessita do apoio e suporte dos gestores, da escola e dos profissionais residentes e do serviço, principalmente na construção de momentos de educação permanente sobre o processo de reconhecimento e de implementação da prática interprofissional colaborativa na rotina dos serviços.

O estudo apresentou algumas limitações, entre elas teve que os dados recolhidos foram de forma recordatória, sendo assim alguns dados podem ter sido esquecidos. Porém, traz como contribuições a importância do entender que ser um profissional interprofissional é primordial para superar a assistência multiprofissional.

## Referências

- ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A Colaboração Interprofissional na Estratégia Saúde da Família. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013.
- ARRUDA, G. M. S. *et al.* O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes

- contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 22, n. supl. 1, p. 1309-23, 2018.
- BRASIL. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde CNRMS, 2005.
- BRASIL. **Portaria nº 761, de 21 de junho de 2016**. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina. Brasília, 2016.
- CASTRO, C. P.; NIGRO, D. S.; CAMPOS, G.W.S. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Trabalho Interprofissional: A Experiência do Município de Campinas (SP). **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1113-1134, set./dez. 2018.
- CLARO, R. F. S.; CUNHA, P. F. S. S. Estratégias de gestão construtiva de conflitos: uma perspectiva dos profissionais de saúde. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 18, n. 1, p. 55-68, 2017.
- D'AMOUR, D. *et al.* A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 8, n. 188, p. 1-14, set. 2008.
- D'AMOUR, D. *et al.* The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, Inglaterra, supl. 1, p. 116-131, maio 2005.
- D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: Na emerging concept. **Journal of Interprofessional Care**, Inglaterra, supl. 1, p. 8-20, maio 2005.
- JORGE, M. S. B. *et al.* Experiências com gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. **Physys: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1543-1561, 2012.
- LOPES, M. O. Sobre estudos de casos e relatos de experiências. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 04, p. 1, 2012.
- MELO, A. L.; ARNEMANN, C. T. Educação Permanente em Saúde em Movimento: Narrativas de uma experiência. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 8, n. 1, p. 172-180, jan./mar. 2018.
- MELO, L. P. Etnoeducação em saúde: definição, fundamentos teóricos e metodológicos. **Dossiê História do Corpo**, Caicó, v. 16, n. 37, p. 142-161, jul./dez. 2015.
- NUNES, M. E.; WOVST, L. R.; NETO, S. B. C. Trabalho em equipe: percepção interprofissional de uma clínica pediátrica. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 6, n. 2, p. 72-84, jul./dez. 2014.
- OLIVEIRA, C. M. *et al.* A escrita de narrativas e o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe. **Interface: comunicação, saúde e educação**. Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1005-16, 2016.
- PACHECO, R. A.; ONOCKO-CAMPOS, R. “Experiência-narrativa” como sintagma de núcleo vazio: contribuições para o debate metodológico na Saúde Coleta. **Physys: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, 1-19, 2018.
- PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface: comunicação, saúde e educação**. Botucatu, v. 22, n. Supl.2, p. 1525-34, 2018.
- PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-83, 2013.
- PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 39, p. 1-9, 2018.
- SALVADOR, A. S. *et al.* Construindo a Multiprofissionalidade: um Olhar sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 15, n. 3, p. 329-338, 2011.
- SANTANA, F. R. *et al.* Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl. 1, p. 1659-1664, 2010.
- SOUZA, E. F. D.; SILVA, A. G.; SILVA, A. I. L. F. Metodologias ativas na graduação em enfermagem: um enfoque na atenção ao idoso. **Rev. Br. Enferm. [internet]**, Brasília, v. 71, n. supl. 2, p. 976-80, 2018.
- SOUZA, G. C. *et al.* Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional? **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 642-649, 2016.

## CAPÍTULO 11

### **A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAICÓ - RN E O PROTAGONISMO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Paula Hortência Silva do Nascimento  
Ana Luiza de Oliveira e Oliveira  
Dayane Shirley de Lima Santiago  
Kleylenda Linhares da Silva  
Ana Carine Arruda Rolim

#### **Introdução**

O controle social em saúde se coloca no cenário brasileiro de forma institucionalizada a partir da VIII Conferência de Saúde, que aconteceu em março de 1986. Considerada um divisor de águas no que diz respeito à Política de Saúde no Brasil, foi nela que, pela primeira vez, a população pôde participar de um momento coletivo e deliberativo tratando de temáticas como os direitos sociais e humanos a partir da problemática da saúde pública. A partir dessa conferência é perceptível o fortalecimento do exercício da cidadania e seus desafios culminando na “efetivação do direito à saúde, proclamado pela Constituição Federal (CF) de 1988, na perspectiva dos valores afirmados pelo projeto civilizatório do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB)” (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Após intensa articulação e organização das forças populares, durante a Plenária Final da referida VIII Conferência, elementos fundamentais passaram a compor um capítulo na CF tratando da saúde como direito universal. A partir deste momento histórico, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRS) alcançou, em certa medida, um de seus objetivos - a criação de um sistema universal

de saúde, estrategicamente elaborado com princípios, diretrizes e organização singulares legalizando, assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) (MACEDO, 2005). A proposta ancorava-se na criação de um sistema de saúde com organização descentralizada, hierarquizada e efetiva participação da população.

Após dois anos da publicação da CF, com a aprovação das Leis Orgânicas nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, o SUS foi estruturado (BRASIL, 1990). Evidenciamos que, neste momento, houve algumas resistências à abertura para o Controle Social na segunda lei supracitada, a qual somente após a defesa popular foi institucionalizada. A partir de então, se legitimou, legalmente, as possibilidades de participação da população na política de saúde em suas esferas nacional, estadual, municipal e local.

Operacionalmente o controle social foi organizado em momentos específicos para conferências e pela criação dos conselhos de saúde. De acordo com sua natureza, tais instâncias colegiadas, deliberativas e de caráter permanente, passam a ser uma organização social composta de modo paritário por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários a fim de atuar na formulação de estratégias para o controle e execução da política de saúde.

Além do movimento de institucionalização, há de se pontuar que para a efetivação do controle social em saúde, se faz necessário, primeiramente, certa apropriação acerca do SUS e sua função societária. Para tanto, deve haver certa implicação da população no processo de controle social por tornar real a participação direta da sociedade civil sobre os processos de gestão em saúde e defesa dos direitos sociais pelos trabalhadores, usuários e gestores nas diferentes localidades brasileiras (COTTA *et al.*, 2010).

Compreendendo que o controle social para ser consciente, contextualizado e efetivo passa pela participação dos profissionais de saúde do SUS, é crucial que os mesmos possuam conhecimento das políticas de saúde, da realidade local, do financiamento da gestão municipal, da epidemiologia loco-regional, da legislação da saúde no país e, principalmente, de seus direitos enquanto trabalhadores e usuários do SUS. Entretanto, historicamente na formação dos profissionais de saúde, a temática do controle social não passa pela discussão do cuidado, tendo em vista que as instituições formadoras ainda mantêm modelos de ensino que

não consideram competências atitudinais e políticas como parte do processo de trabalho em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

No município de Caicó, locus de desenvolvimento da pesquisa, é possível observar como o caráter tecnicista por parte de alguns trabalhadores de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF), coaduna-se com o desinteresse da gestão municipal em elaborar políticas públicas que considere, de fato, o papel do Conselho Municipal de Saúde (CMS) como estratégia de fortalecimento do SUS e também pela inexistência de conselhos locais de saúde em todo o município.

Tendo como ponto de partida esta constatação, a criação do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRMAB) nos municípios de Caicó e Currais Novos pela Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN), pode atuar no sentido de angariar forças para a transformação desta realidade através de ações curriculares e do treinamento em serviço (MELO *et al.*, 2017). O município de Caicó está localizado na região do Seridó potiguar, sertão do Rio Grande do Norte. Distante 282 km da capital estadual, Natal, é a principal cidade da região apresentando população estimada, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 68.222 habitantes em 2017, o que faz dela a sétima cidade mais populosa do estado.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), Caicó conta com 24 UBS, distribuídas entre zona urbana e rural. O Município conta com 13 equipes da Estratégia de Saúde da Família. Nesse contexto, cinco UBS são cenários de prática e formação de 22 residentes, distribuídos em 10 categorias profissionais do PRMAB. As atividades são desenvolvidas pelos residentes durante os dois anos de formação em serviço considerando a responsabilidade social da Universidade em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para o fortalecimento e defesa do SUS. Uma das formas de fortalecer o SUS é através da ampliação do envolvimento de trabalhadores de saúde nos processos deliberativos em espaços como os conselhos locais e municipais de saúde. Entretanto, nenhuma das UBS possui em suas atividades, a prática do controle social através dos conselhos locais.

Vale pontuar que a estruturação do controle social no município de Caicó, mediante todos os ataques que são estruturais e conjunturais, passa por diversos limites no tocante ao cumprimento de sua função social. Reafirmando a inexistência de conselhos locais de saúde na APS bem como a limitada abertura

para participação de usuários e profissionais na reunião do Conselho Municipal de Saúde (CMS), tendo em vista que as reuniões acontecem em horário de trabalho sendo, portanto, dificultador da participação popular nesta instância deliberativa.

Diante desta problemática o PRMAB propôs e executou, durante o ano de 2017, um curso de formação política com o objetivo de sensibilizar os profissionais acerca do controle social. O curso foi conduzido de modo a estimular reuniões de equipe e participação dos usuários e residentes nos cenários de prática onde os mesmos desenvolviam suas atividades. Seu objetivo geral foi o de discutir e criar os Conselhos Locais de Saúde nas UBS assistidas pelo PRMAB nos municípios de Currais Novos e Caicó. Os encontros mensais eram organizados de modo a cumprir, através do método da problematização da realidade, a qualificação dos trabalhadores para efetivação do controle social. A Educação Permanente como estratégia de fortalecimento deste espaço e a cogestão entre trabalhadores, usuários e residentes são importantes, pois, compreendemos que

Os conselhos foram concebidos como um dos mecanismos de democratização do poder na perspectiva de estabelecer novas bases de relação Estado-sociedade por meio da introdução de novos sujeitos políticos (BRAVO; MENEZES, 2013).

No processo de realização do curso, o objetivo deste artigo foi construído. Pretendemos, portanto, apontar qual é a percepção destes trabalhadores acerca do controle social tanto em seu ambiente de trabalho quanto em relação ao município.

Dois elementos são essenciais para debater este objetivo: 1) a vivência por dois anos como residente e tutora em cinco equipes da ESF do município de Caicó; e 2) a elaboração e execução do curso de formação política no interior do PRMAB. O primeiro elemento nos fez perceber, no cotidiano de trabalho, a necessidade de desvelar a percepção dos profissionais acerca do controle social. O segundo, evidenciou a importância da Educação Permanente (EP) como estratégia de qualificação profissional no âmbito da temática do controle social.

Nesse sentido, embora lamentemos o fato de após um ano de atividade o curso ter sido finalizado sem que fossem efetivados os conselhos locais, destacamos que tal desdobramento nos fez perceber a complexidade em instituir este espaço e o de envolver, de fato, os profissionais para que os mesmos se sentissem parte do processo.

Desta forma, analisamos neste capítulo, a percepção que alguns trabalhadores de saúde da ESF de cinco UBS têm acerca do controle social em saúde.

## Metodologia

O estudo desenvolvido foi de caráter exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Os sujeitos envolvidos no estudo foram os trabalhadores de saúde de cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Caicó, RN. Aqui, considerou-se trabalhador de saúde todos os sujeitos que prestam serviços nas UBS, dentre eles, auxiliares em serviços gerais, técnicos de enfermagem, dentistas, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, técnicos em farmácia, médicos, recepcionista, administradores e técnicos em saúde bucal. Ao todo contabilizou-se cento e um (101) profissionais, nas cinco UBS em que o PRMAB desenvolve suas atividades. Vinte e nove (29) profissionais aceitaram participar da pesquisa.

Trata-se de um estudo cuja técnica de coleta de dados foi a entrevistas coletivas semiestruturadas. Para a realização das mesmas foram conduzidas rodas de conversa, durante o mês de agosto de 2018. A entrevista coletiva teve como objetivo produzir consensos e discordâncias acerca da percepção a respeito do controle social. Para a condução dos encontros foi realizado um contato prévio com os coordenadores e/ou responsáveis pelas equipes, momento em que eram repassadas as etapas da pesquisa, como e com quem ela aconteceria. Após os contatos, as datas para realização das entrevistas coletivas foram marcadas. As mesmas foram realizadas nas UBS onde os profissionais trabalham. Foram realizados cinco encontros, um em cada UBS. A duração média foi de quarenta a cinquenta minutos de discussão. Todas as rodas de conversa foram gravadas e as falas transcritas.

O roteiro da entrevista coletiva foi elaborado e utilizado como norteador e disparador das narrativas durante as rodas de conversa. O mesmo estruturou-se a partir de seis temáticas centrais, quais sejam: 1) conhecimento prévio a respeito do que é o controle social em saúde; 2) instâncias que compõem o controle social, 3) cidadania e controle social; 4) o papel da ESF no contexto do controle social; 5) conselho local de saúde; e 6) aproximação dos profissionais com o tema.

Após a transcrição, a textualização foi realizada a partir das falas segundo a metodologia da história oral temática como estratégia de produção da narrativa.

Compreendemos que para produzir sentido na narrativa é fulcral considerar que, segundo a história oral, em uma entrevista é necessário evidenciar o significado no conjunto de mensagens e não apenas as palavras ditas ou pronunciadas (MEIHY, 1996). Tal procedimento é importante, pois consideramos que os membros dos grupos culturais, em nosso caso as equipes da ESF, têm a própria interpretação de sua cultura, para compreender a problemática em análise (ROSA; OREY, 2012).

Desta forma, foi possível identificar categorias êmicas que se destacaram nas falas dos entrevistados. Sendo a categorização, de acordo com Gil (2005), uma organização de dados sistematizados de modo a fomentar a discussão e debate acerca de um tema, três categorias se destacaram: i) A dicotomia entre a teoria e a prática do controle social em saúde; ii) Necessidade de Educação Permanente para o Fortalecimento do controle social; e iii) Residência Multiprofissional como agente transformador da realidade. O método de análise temática de conteúdo, foi aplicado na tentativa de aproximar a fala coletiva do contexto em que foi produzido.

Vale ressaltar que os aspectos éticos foram seguidos conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 1996), tendo em vista que o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências e Saúde do Trairi (FACISA/ UFRN), gerando o parecer de aprovação nº 89531118.3.0000.5568.

## Discussão e análise

### ***“É difícil até pra gente, profissional, entender a complexidade da coisa”: a dicotomia entre teoria e prática no controle social em saúde***

Nesta categoria, analisaremos o conhecimento dos trabalhadores acerca do controle social em saúde, tendo como objetivo desvelar como a associação entre conhecimento limitado, falta de compromisso coletivo com instâncias formais do controle social e complexidade da efetivação do controle, enquanto um direito historicamente conquistado pode prejudicar a participação popular no território em que a equipe se insere.

É relevante pontuar que, ao serem questionados sobre o controle social, uma parcela dos profissionais aponta apenas para as instâncias legais desta

temática, limitando-se a uma perspectiva de senso comum ao reduzir o controle social aos espaços formais visto que para o coletivo de profissionais.

*“O controle social é a participação da comunidade nos conselhos de saúde e nas conferências de saúde”.*

A compreensão obtusa sobre o papel do controle social é perpetuada historicamente no cenário da saúde do Brasil, assim, particularizamos que isso também reverbera no município de Caicó. Entre a diversidade de conceitos que foram usadas, para verbalizar o que é o controle social, Menezes (2013) destaca que, ao longo dos anos, este exercício de cidadania foi entendido apenas em sua esfera macro como controle do Estado ou do empresariado sob as massas, sendo, portanto, elemento coercitivo sobre a população.

Nesse sentido, por tais características serem construídas e reconstruídas como um aspecto cultural, a depender da realidade socio histórica na qual os sujeitos estão envolvidos, depreendemos que a proposta do curso de Formação Política, de forma pontual, não pode ser considerada suficiente para modificar de forma consistente esta percepção simplificada acerca da função social do controle e participação popular em Saúde por parte dos trabalhadores. Entretanto, é interessante destacar a aproximação desses trabalhadores em uma direção oposta à institucionalização, pois quando questionados sobre o que, além das instâncias deliberativas, eles conheciam sobre o controle social, a argumentação do direito do cidadão surge nas narrativas de maneira generalista.

*“Então o controle social nada mais é que a gente saber os nossos direitos”.*

Destacamos que embora, de fato, o conhecimento acerca dos direitos sociais seja imprescindível para a existência de um controle social efetivo, se faz necessário uma implicação da classe trabalhadora na luta pela efetivação de seus direitos. Essa implicação parte do desenvolvimento de uma consciência de “classe para si”, que é “aquela que, consciente de seus interesses e inimigos, e organiza para a luta na defesa destes” (DURIGUETTO; MONTAÑO, 2011). Assim, se faz importante refletir sobre a consciência de classe a qual os trabalhadores pertencem e que muitas vezes, diante do processo de alienação ao qual estão submetidos

cotidianamente, não conseguem desenvolver tal consciência, sendo primordial na luta histórica pela conquista de direitos da classe trabalhadora.

No caso dos trabalhadores da saúde de Caicó, participantes da pesquisa, acreditamos que a realidade de direitos negligenciados e precárias condições de trabalho dificulta a percepção de que o direito do cidadão não é apenas do usuário, mas também, do trabalhador. Como afirma Paiva *et al.* (1996), o nível de consciência política, de organização da categoria e o compromisso dos profissionais enquanto cidadãos, interferem diretamente na realização dos princípios e diretrizes do SUS. Assim, percebemos que embora o SUS exista há trinta anos, ainda há falta de compreensão e de apropriação dos seus princípios, como uma barreira para efetivação do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, e na perda de oportunidade em tê-las como instrumento de mudança da realidade.

Paralelo a essa compreensão por parte de alguns trabalhadores, foi perceptível que em determinados momentos, o controle social se confunde com um equipamento de cuidado assistencial. Exemplo disso pode ser notado quando os trabalhadores pontuam que quando existe algum problema de saúde na comunidade, é de responsabilidade do usuário procurar o CMS, a fim de solucionar o problema, afirmando que:

*“Eles (os usuários) acabam reclamando aqui na ponta (lugar) que não consegue resolver demandas que podem ser levadas ao conselho”.*

Esta postura no processo de trabalho impede, em alguns aspectos, a resolutividade da assistência na APS. A responsabilidade do CMS quando passa a ser visto como uma ação do usuário perde seu sentido paritário. A falta de clareza da possível ampliação deste espaço deliberativo através da criação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) colocam usuários e trabalhadores em posições assimétricas o que descaracteriza os princípios básicos e ausência de hierarquia entre os membros dos conselhos de saúde. Os trabalhadores acreditam que a demanda do usuário é do CMS por não saberem ou não serem imbuídos a comprometerem-se em seus papéis na APS e na organização dos CLS.

No curso de Formação Política, foi possível perceber esta fragilidade. Nesta perspectiva os profissionais se colocam como incapazes de reconhecer que

a demanda do controle social deve ser do usuário sim, mas também, da categoria dos trabalhadores de saúde.

Ao não ter implicação com este processo, a justificativa é a culpabilização do usuário, sinalizada quando os trabalhadores afirmam que:

*“Muitas vezes (os usuários) só sabem reclamar onde tá mais perto, eles não querem fazer o esforço de ir onde realmente é pra ir e que talvez resolvesse seu problema”.*

A falta de definição dos papéis e da pouca implicação com o controle social, de maneira contraditória, conduz os trabalhadores a afirmar que o papel da ESF neste contexto, seria o de conscientizar a população sobre seus direitos, embasados na premissa de que as UBS estão localizadas na ponta dos serviços de saúde. Os trabalhadores afirmam, quando questionados sobre o seu papel na APS que

*“Têm a atribuição de fazer esses repasses de informações (sobre os direitos do cidadão) para que a população se eduque cada vez mais em relação aos seus direitos”.*

Pôde-se observar que as equipes têm conhecimento, mesmo que genérico, sobre o que é e como se dão os espaços institucionalizados do controle social, porém os mesmos se percebem no discurso como membros desse processo, mas na prática há um distanciamento quanto responsabilizar-se por ele. A problemática envolvida nesse processo de apropriação das demandas de saúde pode ter diversos motivos, como afirma Santiago *et al.* (2017):

Os motivos para o receio/ausência de problematização por parte dos profissionais sobre essa temática nas UBS, podem ser os mais diversos. Entretanto, um de seus limites pode estar relacionado ao modelo de atenção à saúde ainda centrado na doença, pois as UBS que os residentes estão inseridos se apresentam como pequenos ambulatorios espalhados pela cidade; com práticas pouco integradas, com foco reduzido na prevenção e promoção à saúde, o que impede a progressão da discussão para outros níveis no tocante a participação e ao controle social no SUS (p.74).

Para que os ideais do MRS se concretizem e para que o controle social aconteça no município, é necessário o envolvimento e corresponsabilidade de todos os profissionais de saúde para com as instâncias colegiadas, fortalecendo e legitimando esses espaços de luta para que a garantia dos direitos seja efetivada. Faz-se necessário portanto, que sejam somadas as forças, levando em consideração a totalidade do grupo e não submeter os interesses de uns em relação aos dos outros. Neste sentido, é fundamental uma educação continuada que garanta profissionais críticos, habilitados para operar, compreendendo o sentido social da ação e a significância da área trabalhada no conjunto da problemática social (NETTO, 1996).

### ***“Eu não entendo muito do SUS”: Educação Permanente e o fortalecimento do controle social***

A segunda categoria diz respeito a Educação Permanente (EP) como necessária para a qualificação da rede e para o fortalecimento do controle social. Diante das narrativas que contemplam esta categoria podemos perceber, inclusive, a necessidade dos trabalhadores em conhecer mais sobre a temática do controle social deixando ainda mais nítido o que foi trabalhado na categoria anterior. Há de se construir, portanto espaços para que os trabalhadores de saúde se apropriem das propostas do MRSB.

Ao serem indagados sobre alguma aproximação com a temática durante a carreira acadêmica ou profissional, os trabalhadores consideram que tiveram pouca ou nenhuma aproximação e remetem à culpa à gestão como responsáveis por este fenômeno, afirmando que:

*“Eu nunca fui chamado para uma capacitação oferecida pela gestão do município, com relação a isso (controle social) (...) eu acho que é até interessante que não haja esse controle para os gestores e políticos poderem utilizar a desinformação como artifício para eles não fazerem a parte deles”.*

Interessante pontuar que neste momento, na relação entre Educação Permanente e a aproximação com o tema, o curso de Formação Política não foi citado. Percebemos, assim, que os trabalhadores não consideram a aproximação do PRMAB ou momentos de troca de saberes e práticas entre si como estratégias, também, de Educação Permanente.

Entendendo que, segundo a portaria nº198/GM de 13 de fevereiro de 2004, a Educação Permanente

É aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturadas a partir da problematização do processo de trabalho (Brasil, 2004).

A problemática aqui é perceber que os trabalhadores não consideram o seu próprio processo de trabalho como parte da Educação Permanente, pontuando a escassez de momentos formativos para os mesmos como culpa da gestão. Apesar de reconhecermos que no município de Caicó não existe um Núcleo de Educação Permanente (NEP) e que é escasso o oferecimento de capacitações ou espaços para formação dos trabalhadores, afirmamos que é de suma importância que os trabalhadores compreendam a política de saúde em sua esfera de controle social em uma realidade local para fomentar as ações voltadas para a participação popular e conseqüentemente democratização do próprio SUS.

A proposta da Política Nacional de Educação Permanente tem íntima relação com os princípios e diretrizes do SUS. Desse modo, os profissionais trabalham em um Sistema que desconhecem. O resultado desse desconhecimento é a falta de consciência quanto ao seu papel enquanto trabalhador/cidadão, passando a atuar apenas em suas atividades técnico-operativas, fortalecendo uma imagem da saúde pautado num ideal fragmentado e curativista. Desse modo, são questões que implicam na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social, segundo (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

### ***“Tivemos reuniões com os residentes falando sobre o controle social”: Residência Multiprofissional como agente transformador da realidade***

A terceira e última categoria diz respeito ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRMAB) como agente transformador da

realidade. A curiosidade aqui é perceber que ainda que não cite o curso, por unanimidade, os trabalhadores julgam que o PRMAB tem proporcionado esses momentos, evidenciando que

*“Aqui na unidade desde a primeira turma da residência existem trabalhos de educação permanente com o tema do controle social. (...), a gente começou a ter com a residência pois estão instituindo mais capacitações, orientações, tão explicando mais como é”.*

A Residência Multiprofissional em Saúde é uma modalidade de pós-graduação, *latu senso*, que se caracteriza pela formação em serviço (BRASIL, 2005). A incorporação dos residentes multiprofissionais às equipes de saúde surgiu como incentivo à nova saúde pública. Nesta perspectiva, o PRMAB da EMCM/UFRN vem abordando, desde sua criação em 2016, temas relevantes e necessários, os quais os profissionais desconheciam. A partir da integração ensino-serviço-comunidade certas perspectivas de mudanças na formação dos profissionais da saúde devem incluir a reflexão e transformação da relação entre ensino e serviços da saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

O que fica evidente é o não reconhecimento da integração ensino-serviço-comunidade como orientador das ações desenvolvidas pelos residentes. A percepção é de que o PRMAB é uma entidade afastada das outras instâncias do SUS, como a gestão. Apesar desta dicotomia, é relevante pontuar que na perspectiva de transformação da realidade local, o PRMAB insere-se como elemento de inovação contribuindo para a formação de sujeitos individuais e coletivos condizentes com os princípios e diretrizes do SUS.

Na direção da transformação da realidade, destaca-se o avanço apresentado pelos trabalhadores quando referenciam ao PRMAB como possível norteador do conhecimento sobre o controle social de maneira dialética e respeito ao conhecimento popular nos territórios onde desenvolve ações. Faz-se importante afirmar que a integração ensino-serviço-comunidade no movimento que visa uma melhor formação para o fortalecimento do SUS, reverbera a possibilidade de transformar as práticas profissionais existentes. Segundo Albuquerque *et al.* (2008), de forma coerente com os propósitos da integração ensino-serviço-comunidade, a formação e do desenvolvimento devem ocorrer de modo descentralizado e em permanente integração com as necessidades de saúde local.



## Considerações finais

Refletindo sobre a percepção dos trabalhadores das equipes das ESF sobre o controle social em saúde, percebe-se que, embora o objetivo final do curso não tenha sido alcançado, a Educação Permanente na referida temática pode ter influenciado a percepção que os trabalhadores possuem acerca do controle social. Foi possível observar que ao mesmo tempo em que os trabalhadores se mostram passivos na participação efetiva das instâncias institucionalizadas do controle social, estes também acreditam desempenhar a função de “conscientização” dos usuários que procuram os serviços para reclamações sobre problemas de saúde.

A coexistência dessas duas formas de perceber a participação social nos territórios em que a Estratégia de Saúde da Família atua, faz refletir a necessidade de mais momentos formativos para subsidiar as lacunas existentes acerca de temas de grande relevância no contexto em que esses trabalhadores estão inseridos, dessa forma a Educação Permanente é essencial no que diz respeito à mudança de realidades como a que foi exposta no estudo.

Desse modo, espera-se superar problemas como os relatados nas categorias anteriores, somando forças para o fortalecimento do controle social, dando voz a comunidade através dos conselhos locais de saúde em conjunto com os trabalhadores de saúde e a universidade mediante a RMAB promovendo a Educação Permanente, assim como a participação da gestão em todo o processo para a efetividade dessa problemática.

Assim, continuamos pensando e traçando novas estratégias, que possam envolver de forma efetiva a participação de trabalhadores em saúde e população em geral, para a implantação de conselhos locais na cidade. Podemos destacar três iniciativas: a reformulação das atividades teórica, teórico-prática e práticas do PRMAB que apontam para o objetivo maior de criação e implementação do Núcleo de Educação Permanente com vistas à Integração Ensino-Serviço Comunidade (NEP-IESC) em parceria com o Conselho Municipal de Saúde; projeto de extensão que envolve graduandos do curso de Medicina da EMCM, docentes da instituição, residentes do PRMAB e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil (PRMSMI) e a qualificação da imersão dos estudantes de graduação em medicina durante os módulos de Vivência Integrada na Comunidade (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

No tocante a participação das instâncias formadoras nos cotidianos dos serviços de saúde, destaca-se o PRMAB a fim de contribuir para a mudança do modelo de atenção à saúde, mas que sozinha não conseguirá transformar tal realidade, desse modo a gestão e as próprias instâncias do controle social do município precisam estar articuladas. A fusão entre ensino-serviço-comunidade materializada em estratégias de Educação Permanente pode transformar a percepção e ação dos trabalhadores de saúde acerca do controle social produzindo mudanças potentes para a consolidação do SUS no município de Caicó.

## Referências

- ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais de Saúde, **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de Outubro de 1988, com alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de revisão nº 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº186/2008, Brasília: Coordenação de Edições Técnicas, **Diário Oficial da União**: Brasília, DF 2016.
- BRASIL, Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe Sobre as Condições para Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá Outras Providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. Presidência da República. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (PROJOVEM); cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis n. 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2005.
- BRASIL. **Resolução Nº196/96**. Aprova Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1996
- BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. Participação social e Controle Social na Saúde: a criação dos conselhos de gestão participativa no Rio de Janeiro. In: BRAVO, I. S.; MENEZES, J. S. B. (org). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**: Desafios Atuais. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2013.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social, **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.
- COTTA, R. M. M. *et al.* Controle Social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde, **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 853-872, 2010.
- DURIGUETTO, M. L.; MONTANO, C. **Estado, classe e movimento social**. São Paulo: Cortez, 2011.

- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- MACEDO, L. C. **Participação e Controle Social na Área de Saúde**: uma revisão bibliográfica. Dissertação (Mestrado de Enfermagem em Saúde Pública) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 2005.
- MELO, L. P. *et al.* A Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil, no contexto do Programa Mais Médicos: desafios e potencialidades. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, Supl.1, p. 1333-43, 2017.
- MEIHY, J. C. S. B. **Manual de História Oral**, 5ª edição, revista e ampliada, p. 195, 1996.
- MENEZES, J. S. B. O Conselho Nacional de Saúde na atualidade: reflexão sobre os limites e desafios. In: BRAVO, I. S.; MENEZES, J. S. B. (org). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: Desafios Atuais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2013.
- NETTO, J. P. Transformações Societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil, **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, Cortez, n. 50, p. 87-132, 1996.
- OLIVEIRA, A. L. O. *et al.* Vivência integrada na comunidade: inserção longitudinal no Sistema de Saúde como estratégia de formação médica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, [online], v. 21, p.1355-1366, 2017.
- PAIVA, B. A. *et al.* Reformulação do código de ética: pressupostos históricos, teóricos e políticos. **Serviço Social e Ética: convite a nova práxis**. São Paulo: Cortez/CFESS, 1996, p. 159-173.
- ROSA, M.; OREY, D. C. O campo da pesquisa em etnomodelagem: as abordagens ética, ética e dialética. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v. 38, n. 04, p. 865 – 879 out./dez. 2012.
- SANTIAGO D. S. L. *et al.* Controle social como prática de cuidado em saúde: experiência de implementação de conselhos de saúde no Seridó-potiguar. **Revista Saúde & Ciência Online**, v. 6, n. 1, p. 64-76, 2017.
- SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-212, 2016.

## CAPÍTULO 12

# RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E A ANÁLISE DO CONSUMO ALIMENTAR DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO SERIDÓ POTIGUAR

Hannah Samara Monteiro de Figueirêdo  
Tulia Fernanda Meira Garcia  
Ricardo Andrade Bezerra  
Sâmara Bridget Monteiro de Figueirêdo

### Introdução

O perfil nutricional da população dos países desenvolvidos e em desenvolvimento vem sofrendo grandes mudanças, como o avanço significativo de excesso de peso e obesidade (SIMON *et al.*, 2014). Dados da ABESO (2016) apontam que o Brasil acompanha a mesma tendência observada nesses países, uma vez que a prevalência desses distúrbios nutricionais aumenta progressivamente e já atinge 54% dos adultos da população (BRASIL, 2018).

Diante desse cenário, vem-se impulsionando a realização da estimativa das transformações de peso nos indivíduos, utilizando-se de instrumentos como a avaliação do estado nutricional, que é um aspecto relevante na investigação de distúrbios nutricionais, quando se verifica o equilíbrio entre a ingestão e a necessidade de nutrientes, podendo ser influenciado por fatores ambientais, socioeconômicos, culturais e demográficos (TONINI; BROLL; CÔRREA, 2013; BRASIL, 2011; SILVA *et al.*, 2011).

Para tanto, o Índice de Massa Corporal (IMC) tem sido o parâmetro antropométrico mais utilizado, e juntamente com a medida da Circunferência da Cintura (CC), apresentam-se como indicadores importantes na predição de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), tais como: resistência à insulina, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes melito (DM) tipo 2 e alguns tipos de câncer

(MADURO *et al.*, 2017; WESTPHAL *et al.*, 2016; ABESO, 2016; GIERACH *et al.*, 2014; NOTTO *et al.*, 2017; SIMON *et al.*, 2014; SOUZA; GOMES; PRADO, 2014).

Considerando esse contexto, mediante a relação do consumo excessivo de alimentos ultraprocessados e baixo consumo de frutas e hortaliças com o aumento expressivo de riscos de morbimortalidade, surge, dentre outras ferramentas, o Guia Alimentar para a População Brasileira como instrumento de apoio e incentivo a práticas alimentares saudáveis, assim como subsídio de políticas e ações que visem a proteção e a promoção da saúde e a segurança alimentar e nutricional da população, as quais representam papel fundamental no contexto da Atenção Básica em Saúde e, em especial, na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BASTOS; BÍLIO; FERNANDES, 2017; CARVALHO *et al.*, 2015; LOUZADA *et al.*, 2015; MENDES; ZAMBERLAN, 2013; BRASIL, 2014; JAIME *et al.*, 2011).

Integrando a equipe da ESF, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são profissionais primordiais ao seu funcionamento, pois contribuem de forma significativa para melhoria da saúde da população adstrita ao desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde (BRASIL, 2017; MEDEIROS *et al.*, 2015). No entanto, apesar de trabalharem diretamente no cuidado da saúde das pessoas, tais profissionais são acometidos por algumas doenças, além de excesso de peso e obesidade abdominal, que se relacionam com suas práticas alimentares inadequadas (BARBOSA; LACERDA, 2017; FREITAS; MARCOLINO; SANTOS, 2008).

Destarte, considerando a importância do ACS como profissional de saúde e à observação não sistematizada da realidade, em que se percebe ACS com excesso de peso, além da incipiência na oferta de ações em saúde a eles direcionadas, especialmente no enfrentamento às doenças crônicas não-transmissíveis, entre as quais o estado nutricional e consumo alimentar inadequado são fatores de risco a se considerar, objetiva-se analisar a associação entre consumo alimentar e estado nutricional em Agentes Comunitários de Saúde da zona urbana do município de Caicó-RN.

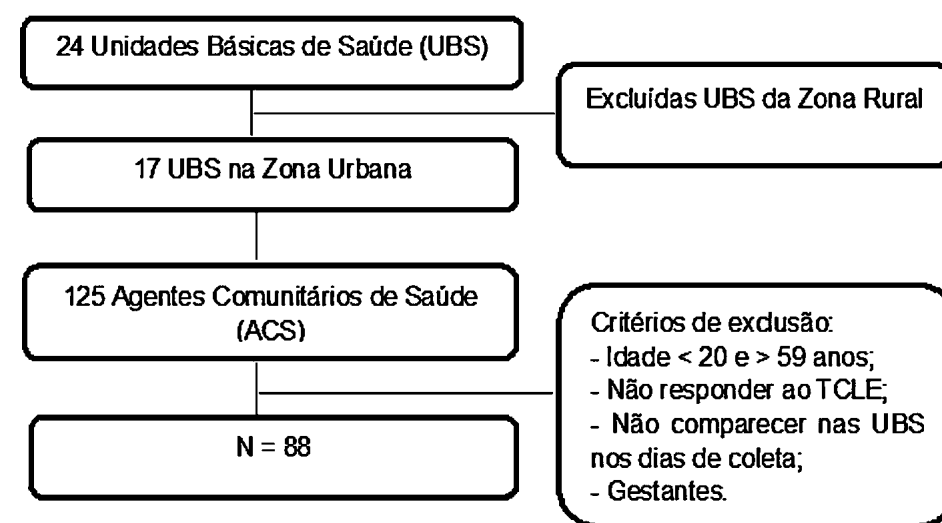
## Metodologia

Trata-se de estudo transversal, exploratório, de natureza quantitativa, desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana do município

de Caicó, Rio Grande do Norte. Foram considerados dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para levantamento do quantitativo de 24 unidades nesta cidade, sendo 17 destas alocadas em áreas da zona urbana, as quais compõem o universo investigado (BRASIL, 2018).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA)/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e aprovado, segundo parecer de número 2.625.683. A amostra da pesquisa foi composta por ACS, selecionados por conveniência, distribuídos nas equipes da ESF de cada UBS do município. De um total de 125 profissionais cadastrados no CNES (BRASIL, 2018), 88 se disponibilizaram, voluntariamente, em participar da pesquisa, sendo então, a amostra do estudo. Foram incluídos na pesquisa os sujeitos que se enquadraram nos seguintes critérios: ACS lotados na zona urbana de Caicó, idade entre 20 e 59 anos e concordância com a pesquisa. Excluindo-se, desta forma, os profissionais com idade inferior a 20 anos e superior a 59 anos, que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), estavam afastados das atividades de trabalho, não compareceram ao trabalho nos dias de coleta e que estavam em período gestacional. Na figura 1 encontra-se o fluxograma referente à seleção da amostra.

Figura 1. Fluxograma referente à seleção da amostra.



Fonte: elaborado pelos pesquisadores.

A coleta de dados se deu em visita aos estabelecimentos com agendamento prévio, durante os meses de julho a outubro de 2018, utilizando-se como instrumento, um formulário constituído por dois blocos, sendo o primeiro referente aos dados gerais e sociodemográficos (sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil, renda familiar, tempo de serviço), a fim de caracterizar a população estudada e o segundo referente à avaliação nutricional, subdividido em dados antropométricos e dados de consumo alimentar.

A antropometria é um método exequível à utilização de estudos populacionais, de baixo custo, não invasivo e que necessita de poucos equipamentos, segundo Gómez-Cabello e colaboradores (2012), e a avaliação dietética, por sua vez, tem sido o instrumento mais usado para estudos epidemiológicos que avaliam a relação entre dieta e doença, na qual o entrevistado indica a frequência de consumo de alimentos e bebidas em um determinado período de tempo (LIMA *et al.*, 2007).

O estado nutricional foi avaliado por meio da antropometria, sendo aferido o peso (kg), a estatura (m) e a circunferência da cintura (cm). O peso corporal foi aferido utilizando-se balança portátil (modelo P-150M, marca Líder), com o indivíduo posicionado no centro do equipamento, estando descalço, ereto e com os pés juntos. Já a altura foi medida através de um estadiômetro portátil (marca Alturaexata), onde o ACS estava descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento, com as pernas em paralelo e a cabeça erguida olhando para um ponto fixo. A Circunferência da Cintura (CC) foi medida com auxílio de uma trena antropométrica (marca Sanny), marcando-se um ponto médio entre a borda inferior da última costela e a crista ilíaca, onde se realiza a medição. Para tanto, precisou-se elevar a vestimenta do avaliado, de forma que a região da cintura estivesse despida. As medidas foram realizadas de acordo com as orientações da Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN (BRASIL, 2011). Para calcular o IMC, foi utilizada a seguinte fórmula:  $IMC = \text{peso (kg)} / \text{estatura}^2 \text{ (m}^2\text{)}$ .

A classificação do estado nutricional de adultos segundo o IMC e a CC seguiu os critérios estabelecidos por WHO (1998). Para a pesquisa, as classificações de IMC foram categorizadas em baixo peso, adequado, sobrepeso e obesidade. Já a CC teve as classificações categorizadas em baixo risco, risco elevado e risco muito elevado.

O consumo alimentar foi verificado a partir do Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA) “Como está a sua alimentação?”, do Ministério da Saúde, composto por 18 itens sobre a frequência de consumo de grupos alimentares, incluindo também questões referentes ao quantitativo de refeições diárias, uso de sal, tipo de leite e gordura utilizados, ingestão de bebidas alcoólicas e leitura dos rótulos de alimentos (BRASIL, 2017). Os dados do QFCA foram avaliados, seguindo as recomendações propostas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira, baseando-se nas porções diárias de consumo recomendadas para cada grupo alimentar: frutas (3 porções); verduras e legumes (3 porções); leguminosas (1 porção); cereais (6 porções); carnes e ovos (1 porção); leite e derivados (3 porções); frituras e embutidos (1 porção); açúcares e doces (1 porção); e água (6 a 8 copos) (BRASIL, 2008). No atual estudo categorizou-se o consumo em adequado quando esteve igual ou maior que a recomendação, sendo, portanto, inadequado quando apresentou-se inferior ao proposto pelas diretrizes do guia.

O estudo tem como variáveis dependentes a adiposidade central e o estado nutricional dos ACS, enquanto que as variáveis independentes são: sexo, idade, escolaridade, estado civil, renda familiar e consumo alimentar. Os dados obtidos foram organizados em planilhas do software Microsoft Excel®, versão 2010, e submetidos à análise estatística por meio do programa SPSS Statistics, (versão 23.0). Na análise dos dados categóricos, os resultados foram apresentados por meio de frequência simples e absolutas. Para a analisar a associação entre o estado nutricional e consumo alimentar, foi utilizado o Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para tendência linear. Em todas as análises, adotou-se um nível de significância de p menor que 0,05 ( $p < 0,05$ ).

## Resultados e discussão

De um total de 125 profissionais cadastrados no CNES da cidade de Caicó/RN, 88 (70,4%) se disponibilizaram, voluntariamente, para participar da pesquisa, cumprindo, cautelosamente, os critérios de inclusão (BRASIL, 2018). Os resultados estão categorizados para análise nesse artigo em blocos: Bloco 1 - Dados gerais e sociodemográficos e Bloco 2 - Avaliação Nutricional.

No bloco 1, destacou-se que 81,8% dos ACS eram do gênero feminino e que a faixa etária dos sujeitos variou entre 25 a 59 anos, com predominância de idade entre 40 e 44 anos. Houve maior prevalência de profissionais com ensino médio completo

(48,9%), casados (33,0%), com renda de 1 a 2 salários mínimos (69,3%) e que referiram trabalhar a mais de 15 anos na função (42,0%). Os dados apresentados, referentes ao perfil sociodemográfico dos participantes, estão dispostos na Tabela 1.

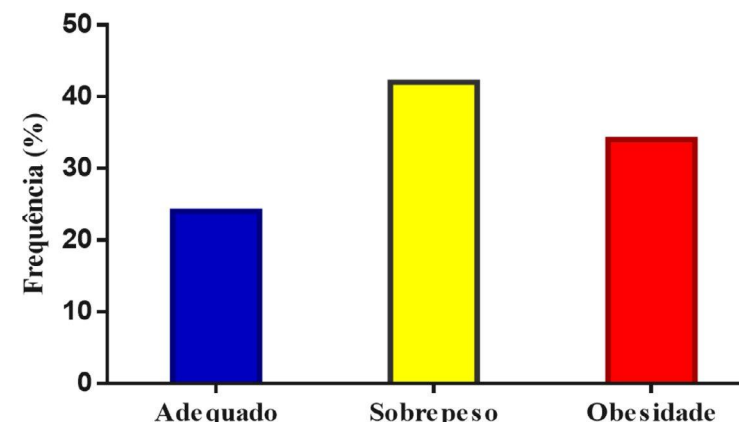
**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico dos agentes comunitários de saúde da zona Urbana de Caicó – RN, 2018.

		n (%)
Sexo	Feminino	72 (81,8)
	Masculino	16 (18,2)
Faixa etária	25 a 29 anos	5 (5,7)
	30 a 34 anos	15 (17,0)
	35 a 39 anos	19 (21,6)
	40 a 44 anos	22 (25,0)
	45 a 49 anos	16 (18,2)
	50 a 54 anos	6 (6,8)
	55 a 59 anos	5 (5,7)
Escolaridade	Ens. Médio completo	43 (48,9)
	Ens. Sup. Incompleto	11 (12,5)
	Ens. Sup. Completo	31 (35,2)
	Outros	3 (3,4)
Estado Civil	Solteiro	29 (33,0)
	Casado	40 (45,5)
	Sep/divorciado	6 (6,8)
	Outros	10 (11,4)
	Viúvo	3 (3,4)
Renda Familiar	Até 1 salário	3 (3,4)
	1 a 2 salários	61 (69,3)
	2 a 3 salários	9 (10,2)
	3 a 4 salários	9 (10,2)
	Mais de 4 salários	6 (6,8)
Tempo de serviço	1 a 5 anos	11 (12,5)
	5 a 10 anos	5 (5,7)
	10 a 15 anos	35 (39,8)
	Mais de 15 anos	37 (42,0)

Fonte: elaborada através dos dados obtidos pelos pesquisadores.  
Salário mínimo em vigência de valor mensal R\$ 954,00 no período da coleta.

No bloco 2 a avaliação antropométrica, de acordo com o IMC, mostrou que 21 (23,9%) foram classificados com peso adequado, 37 (42,0%) com sobrepeso e 30 (34,1%) obesidade (Figura 2).

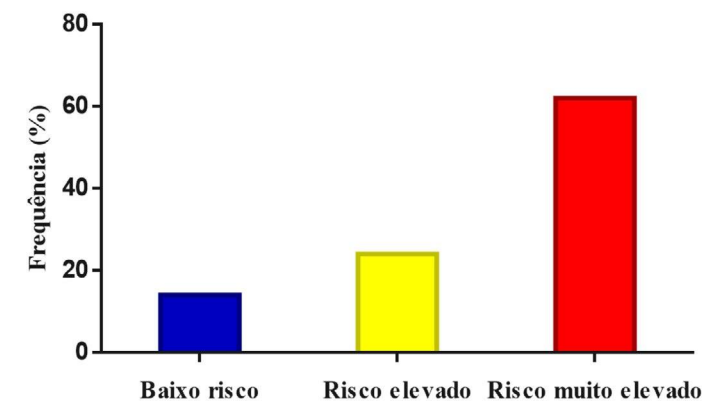
**Figura 2.** Classificação do estado nutricional (IMC).



Fonte: elaborada através dos dados obtidos pelos pesquisadores.

Por sua vez, dados referentes a adiposidade central, determinada pela circunferência da cintura, revelaram que 12 (13,6%) apresentaram baixo risco, 21 (23,9%) risco elevado e 55 (62,5%) risco muito elevado de complicações metabólicas associadas à obesidade (Figura 3).

**Figura 3.** Classificação da circunferência da cintura (CC).



Fonte: elaborada através dos dados obtidos pelos pesquisadores.

No tocante a avaliação dietética, observou-se um consumo inadequado de frutas (76,1%), verduras e legumes (70,5%) pelos três grupos (estado nutricional adequado, sobrepeso e obesidade), sendo que os participantes com estado nutricional alterado apresentaram maior percentual.

De encontro a isso, dados referentes ao consumo de leguminosas (54,5%), cereais (59,0%) e carnes e ovos (98,9%) mostraram adequação tanto no grupo com estado nutricional adequado, como nos grupos de pessoas com sobrepeso e obesidade. Ao serem questionados sobre a retirada da pele da carne, 72,7% referiram este hábito durante o preparo da mesma.

Os dados apontam que 89,3% dos participantes não atendem à recomendação de consumo de leite e derivados e que 75,0% usam os produtos do tipo integral ao invés de desnatado/semidesnatado. O consumo de óleos, frituras, gorduras e embutidos (97,3%), assim como de doces e açúcares (93,8%) também apresentou inadequação pelos três grupos, sendo que a maior parte apresentava sobrepeso e obesidade.

Os achados mostram que ACS com sobrepeso e IMC adequado preferiam utilizar a banha animal, enquanto que, os que tinham obesidade usavam, preferencialmente, a margarina para cozinhar os alimentos. Por outro lado, o consumo de água (75,0%) esteve de acordo com o recomendado. Os dados de consumo alimentar são apresentados na Tabela 2.

Contatou-se que, em geral, os participantes não costumavam adicionar sal nos alimentos prontos para consumo e que 50,0% dos sujeitos realizavam 4 refeições diárias, (19,3%) 3 refeições, (13,6%) 5 refeições, (11,4%) 6 refeições e 5,7% realizavam menos de 3 refeições diárias. Quanto ao uso de bebidas alcoólicas, contatou-se que 50% dos profissionais não consomem nenhum tipo, 40,9% consomem eventualmente e 9,1% ingerem bebidas de 1 a 6x por semana. Sobre a leitura dos rótulos, observou-se que menos de 50% dos ACS possuem hábito de ler as informações nutricionais contidas nos rótulos dos alimentos, mostrando que utilizam os produtos sem conhecer os componentes presentes.

No presente estudo, o teste qui-quadrado não revelou diferença estatística significativa entre o estado nutricional e o consumo alimentar dos participantes.

**Tabela 2.** Consumo alimentar segundo o estado nutricional de ACS da zona urbana de Caicó-RN, 2018.

	Adequado	Sobrepeso	Obesidade	X <sup>2</sup> (valor de p)*
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Consumo de frutas</b>				
Adequado	7 (8,0)	9 (10,2)	5 (5,7)	1,87 (0,172)
Inadequado	14 (15,9)	28 (31,8)	25 (28,4)	
<b>Consumo de verduras e legumes</b>				
Adequado	5 (5,7)	12 (13,6)	9 (10,2)	0,17 (0,680)
Inadequado	16 (18,2)	25 (28,4)	21 (23,9)	
<b>Consumo de leguminosas</b>				
Adequado	15 (17,0)	20 (22,7)	13 (14,8)	3,80 (0,051)
Inadequado	6 (6,8)	17 (19,3)	17 (19,3)	
<b>Consumo de cereais, tubérc. e raízes</b>				
Adequado	15 (17,0)	25 (28,4)	19 (21,6)	0,37 (0,543)
Inadequado	6 (6,8)	12 (13,6)	11 (12,5)	
<b>Consumo de carnes e ovos</b>				
Adequado	20 (22,7)	37 (42,0)	30 (34,1)	2,14 (0,144)
Inadequado	1 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	
<b>Consumo de leite e derivados</b>				
Adequado	3 (3,4)	5 (5,7)	2 (2,3)	0,73 (0,394)
Inadequado	18 (20,7)	32 (36,8)	28 (31,8)	
<b>Consumo de óleos, gord/frituras e embutidos</b>				
Adequado	0 (0,0)	1 (1,1)	2 (2,3)	1,79 (0,181)
Inadequado	21 (24,1)	36 (41,4)	28 (31,8)	
<b>Consumo de açúcares e doces</b>				
Adequado	1 (1,1)	4 (4,6)	1 (1,1)	0,95 (0,758)
Inadequado	20 (23,0)	33 (37,9)	29 (32,9)	
<b>Consumo de água</b>				
Adequado	14 (15,9)	26 (29,5)	26 (29,5)	2,90 (0,088)
Inadequado	7 (8,0)	11 (12,5)	4 (4,5)	

Fonte: elaborada através dos dados obtidos pelos pesquisadores.

\* valor de p<0,05 (Qui-quadrado para independência).

O perfil sociodemográfico apresentado pelos ACS neste estudo coadunam com outros achados na literatura, em relação ao sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade e renda familiar (BARBOSA; LACERDA, 2017; CASTRO *et al.*, 2017; SIMAS; PINTO, 2017). Contudo, há divergências entre os dados referentes ao tempo de atuação profissional (ALMEIDA; BAPTISTA; SILVA, 2016; CASTRO *et al.*, 2017; SIMAS; PINTO, 2017).

Depreende-se que a predominância de ACS do gênero feminino retrata o aumento da presença da mulher do mercado de trabalho, propiciando melhorias na renda familiar sem que se ausente da comunidade onde reside, assim como o desempenho, impensado, do seu papel de cuidador na sociedade (ALAM; OLIVERAS, 2014).

Concernente a avaliação nutricional, os resultados obtidos no presente estudo indicam elevada prevalência de sobrepeso e obesidade, sendo que o maior percentual de sobrepeso foi encontrado na população masculina (56,6%), enquanto a obesidade foi observada, principalmente, em ACS do gênero feminino (37,5%), além disso, foi observado consumo inadequado de vários grupos de alimentos, dentre eles, frutas, verduras e legumes, apresentados aquém do recomendado para os participantes.

O aumento na prevalência desses distúrbios nutricionais reflete o quadro do atual perfil nutricional, apresentado em diversos estudos com adultos, onde mais de 50% dos participantes apresentaram excesso de peso corporal (MENDONÇA *et al.*, 2018; MOREIRA; GRECO; CHAUBAH, 2016; SINON *et al.*, 2014; TONINI; BROLE; CÔRREA, 2013). Pode-se destacar que o estudo realizado com ACS de João Pessoa – PB tem achados que se coadunam com esse estudo, enquanto que o percentual de indivíduos com obesidade se apresentou superior ao observado nas capitais do Brasil (18,9%) (BARBOSA; LACERDA, 2017; BRASIL, 2018). Ademais, esses achados se relacionam com a situação sociodemográfica dessa população, configurando uma tendência de aumento da prevalência de obesidade entre mulheres de baixa renda (LINS *et al.*, 2013) e menor nível de escolaridade (BRASIL, 2018).

Foi constatado que mais de 80% dos participantes apresentam obesidade abdominal e, conseqüentemente, risco de desenvolver complicações metabólicas, sendo mais de 50% destes, com predição de risco muito elevado, mostrando-se superior ao encontrado em outros estudos (BARBOSA; LACERDA, 2017;

FERREIRA; SLOB, 2014). A CC é a medida antropométrica que está melhor relacionada com a quantidade de gordura visceral (ABESO, 2016). Fato importante é que mesmo sem diagnóstico de obesidade, muitos participantes do presente estudo já apresentam alterações na medida da CC e, conseqüentemente, encontram-se em risco de desenvolver doenças relacionadas ao coração.

Esse cenário segue tendência nacional que apresenta aumento significativo na obesidade ao mesmo tempo que diminui a prevalência de desnutrição na população, tendo em vista um estilo de vida marcado por consumo alimentar inadequado, além de sedentarismo, tabagismo e etilismo que se associam com o aparecimento de DCNT, as quais são causas determinantes da morbimortalidade no país (ABESO, 2016; WHO, 2014; ABREU *et al.*, 2018).

Em virtude disso, Florindo e colaboradores (2015) apontam a necessidade de intervenções para melhorar o conhecimento e os comportamentos que possam representar riscos à saúde dos ACS, ao passo que propicie a disseminação do aconselhamento preventivo à população, tendo em vista seu potencial influenciador por ser profissional de referência na Atenção Básica.

Quanto ao consumo alimentar, os dados desse estudo apontam consumo inadequado de alimentos do grupo das frutas, verduras e legumes, principalmente no grupo das pessoas com sobrepeso e obesidade. Observou-se que (60,2% e 52,0%) dos participantes que não seguiam o recomendado do consumo de frutas e verduras e legumes, respectivamente, eram do grupo com excesso de peso. Corroboram com esses achados, Florindo e colaboradores (2015), Barbosa e Lacerda (2017), e Viana e colaboradores (2016). Esses indicadores encontrados são apontamentos críticos, tendo em vista o papel protetor desses alimentos no desenvolvimento de algumas doenças, como as cardiovasculares e câncer (BRASIL, 2014).

Os dados revelam que os respondentes apresentaram consumo adequado de leguminosas e cereais, estando de acordo com a recomendação e com achados das pesquisas realizadas com ACS em São Paulo (FREITAS; MARCOLINO; SANTOS, 2008) e em João Pessoa (BARBOSA; LACERDA, 2017). Nesse contexto, o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014) ressalta a importância do consumo diário de feijão com arroz em virtude do aporte de aminoácidos essenciais e orienta acerca da valorização da tradição brasileira, baseada em preparações combinadas de cereais e leguminosas, frutas, legumes e verduras.

O consumo de carne esteve em acordo com o recomendado, sendo reportado por quase todos os participantes da pesquisa, porém mostrou-se superior aos dados apresentados em alguns estudos realizados no país, estando mais próximo dos achados de um estudo realizado com profissionais da estratégia de saúde da família de um distrito na cidade de Manaus-AM (BARBOSA; LACERDA, 2017; CAMPOS *et al.*, 2018; MOURA; MARINHO, 2012). Vale salientar que mesmo sendo considerado trabalhador de baixa renda, mostrou adequação para este grupo alimentar.

O baixo consumo dos laticínios também foi reportado em estudos realizado com adultos (BASTOS; BÍLIO; FERNANDES, 2017; MENDONÇA *et al.*, 2018). Por outro lado, divergiu do achado de Moura e Marinho (2012) que avaliou a qualidade da dieta de profissionais da ESF em Manaus – MA. Recomenda-se o consumo habitual desses alimentos, em virtude de sua importância nutricional e funções desempenhadas no organismo (MUNIZ; MADRUGA; ARAÚJO, 2013).

O consumo de frituras e embutidos e doces e refrigerantes, esteve em consonância com Sousa e colaboradores (2011), tendo em vista que os indivíduos não consumiam esses alimentos diariamente. No entanto, mostrou-se divergente dos achados encontrados por Barbosa e Lacerda (2017), que encontraram uso adequado desses grupos alimentares, assim como no estudo de Viana e colaboradores (2016) que mostra (18,1%) dos participantes com consumo diário desses grupos alimentares. Ressalta-se menor consumo, especialmente, nos grupos que apresentaram distúrbios nutricionais, apontando para um possível sub-relato da ingestão, tendo em vista que podem apresentar constrangimento ao expor o consumo de determinados alimentos (AVELINO *et al.*, 2014).

Alguns estudos apontam que os hábitos alimentares podem ser influenciados por vários fatores, como os aspectos demográficos e socioeconômicos, dos quais destacam-se a renda e a escolaridade (MENDONÇA *et al.*, 2018). As pessoas que possuem condição econômica e nível de escolaridade mais baixo, tendem a consumir menos frutas e vegetais, bem como alimentos de menor valor nutricional (LENTHE; JASEN; KAMPHUIS, 2015).

Louzada e colaboradores (2015) demonstram que os alimentos com alta densidade energética estão sendo mais consumidos que os alimentos naturais e isso contribui com a formação de hábitos alimentares não saudáveis, uma vez que não são nutritivos e não trazem benefícios para a saúde. Ao contrário, tais

alimentos são ricos em gorduras, açúcar e sódio, estando seu consumo diretamente ligado ao aumento das doenças crônicas e mortes no Brasil (VIANA *et al.*, 2016). Nesse sentido, o Guia Alimentar orienta que a população deve preferir alimentos *in natura* ou minimamente processados, limitando o consumo de alimentos processados e ultraprocessados (BRASIL, 2014).

Outro achado importante refere-se à frequência em que os participantes realizam suas refeições, divergindo de que é orientado pelo Guia, que preconiza dentre outras práticas de alimentação saudável, a realização de, pelo menos, três refeições diárias principais, intercaladas por pequenos lanches (BRASIL, 2014). Há a comprovação de que o aumento no número das refeições melhora o perfil nutricional dos indivíduos (LOUSADA *et al.*, 2015).

Esse estudo possui limitações referentes ao tipo de desenho transversal que impossibilita a relação de causa e efeito entre os dados, assim como na avaliação do consumo alimentar, uma medida indireta, que sofre a influência de fatores locais e culturais, tendo em vista características bem peculiares dos hábitos alimentares da população do Seridó, ou ao instrumento adotado e quanto à utilização da amostra por conveniência que restringe a generalização dos resultados. Ainda assim, o estudo traz dados importantes acerca de aspectos relacionados ao estado de saúde dessa população de trabalhadores, subsidiando práticas de intervenção sobre comportamentos que possam representar riscos à sua qualidade de vida.

## Considerações finais

A avaliação do estado nutricional e consumo alimentar de Agentes Comunitários de Saúde mostrou percentual significativo de indivíduos com excesso de peso e obesidade abdominal, juntamente com práticas alimentares inadequadas que favorecem o aparecimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Os resultados apresentados fornecem margens para a realização de novos estudos com o incremento de parâmetros que propicie o conhecimento mais aprofundado de fatores relacionados ao perfil nutricional e estado de saúde desses profissionais e reforçam a necessidade de oferta e ampliação de estratégias de educação alimentar e nutricional, que promovam hábitos alimentares saudáveis, melhorando assim, a saúde e qualidade de vida desses trabalhadores do Sistema Único de Saúde.



## Referências

- ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade**. São Paulo, 4. ed. 2016.
- ABREU, E. T. F. *et al.* Monitoramento do estado nutricional de adultos atendidos na atenção básica de saúde em Salvador – BA. **Revista Saúde em Foco**. São Paulo, n. 11, p. 288-294, 2018.
- ALAM, K.; OLIVERAS, E. Retention of female volunteer community health workers in Dhaka urban slums: a prospective cohort study. **Human Resources for Health**. Melbourne, v. 12, n. 29, p. 1-11, 2014.
- AVELINO, G. F. *et al.* Sub-relato da ingestão energética e fatores associados em estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Taubaté, v. 30, n. 3, p. 663-668, 2014.
- BARBOSA, A. M.; LACERDA, D. A. L. Associação entre Consumo Alimentar e Estado Nutricional em Agentes Comunitários de Saúde. **Revista brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 21, n. 3, p.189-196, 2017.
- BASTOS, A. M. C.; BÍLIO, L. F. S.; FERNANDES, A. C. C. F. Caracterização do consumo alimentar em adultos. **Revista interdisciplinar**, Teresina, v. 10, n. 2, p. 1-8, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Gabinete do Ministro**. Brasília, 22 set. 2017.
- BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema único de Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, 27 dez. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **DATASUS**. Brasília. 2018. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 15 out. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília. 2011. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_coleta\\_analise\\_dados\\_antropometricos.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf). Acesso em: 10 jan. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia Alimentar Para a População Brasileira. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília. 2ª edição. 2014. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf). Acesso em: 8 nov. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília. 1ª ed. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília. 2018.
- BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.118, de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. **Diário Oficial da União**: seção 2, Brasília (DF), 04 nov. 2005.
- CAMPOS, B. R. *et al.* Consumo de carne com gordura aparente em adultos de Cataguases-MG. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, São Paulo, v. 12, n. 75, supl. 1, p.845-851, 2018.
- CARVALHO, C. A. *et al.* The association between cardiovascular risk factors and anthropometric obesity indicators in university students in São Luís in the State of Maranhão, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Viçosa, v. 20, n. 2, p. 479-490, 2015.
- CASTRO, T. A. *et al.* Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 294-301, 2017.
- FERREIRA, A. I. S.; SLOB, E. Avaliação do Perfil Nutricional dos Funcionários das Equipes Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família do Município de Pedralva – MG. **Revista Ciências em Saúde**, Pedralva, v. 4, n. 3, p. 1-10, 2014.
- FLORINDO, A. A. *et al.* Association of knowledge, preventive counseling and personal health behaviors on physical activity and consumption of fruits or vegetables in community health workers. **BioMed. Central Public Health**, São Paulo, v. 15, n. 344, p. 2-8, 2015.
- FREITAS, A. C.; MARCOLINO, F. M.; SANTOS, I. G. Agentes Comunitários de Saúde da zona leste do município de São Paulo: um olhar para seu estado nutricional e consumo alimentar. **Revista Brasileira em Promoção em Saúde**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 3-12, 2008.
- GIERACH, M. *et al.* Correlation between Body Mass Index and Waist Circumference in Patients with Metabolic Syndrome. **International Scholarly Research Notices Endocrinology**, Polónia, v. 2014, n. 1, p.1-6, 2014.
- GÓMEZ-CABELLO, A. *et al.* Harmonization process and reliability assessment of anthropometric measurements in the Elderly EXERNET Multi-Centre Study. **PLoS ONE**, Espanha, v. 7, n. 7, p. 1-4, 2012.
- JAIME, P. C. *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Revista de Nutrição Campinas**, v. 24, n. 6, p. 809-824, 2011.
- LENTHE, F. J. V.; JANSEN, T.; KAMPHUIS, C. B. M. Understanding socio-economic inequalities in food choice behaviour: can Maslow's pyramid help?. **British Journal of Nutrition**, Eindhoven, v. 113, n. 7, p. 1139-1147, 2015.
- LIMA, F.E.L. *et al.* Validade de um questionário quantitativo de frequência alimentar desenvolvido para população feminina no nordeste do Brasil. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 483,490, 2007.
- LINS, A. P. M. *et al.* Alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso entre mulheres de baixa renda. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 357-366, 2013.
- LOUZADA, M. L. C. *et al.* Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 1-11, 2015.
- MADURO, P. A. *et al.* Análise do estado nutricional e nível de atividade física dos servidores do hospital universitário de Petrolina-PE. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, São Paulo, v. 11, n. 67, sup. 1, p.856-867, 2017.
- MEDEIROS, K. F. *et al.* Composição corporal e avaliação antropométrica de adultos. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v. 9, n. 1, sup. 9, p. 1453-1460, 2015.
- MENDES, P. M.; ZAMBERLAN, E. C. Análise do consumo alimentar determinado pela aquisição

# SEGUIMENTO DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NO RIO GRANDE DO NORTE: RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E ANÁLISE DOS DADOS DO PMAQ-AB DA IV REGIÃO DE SAÚDE

Jordelle Mirelle Da Costa Lima Lócio  
Ana Carine Arruda Rolim  
Maria Luiza Araújo Fernandes  
Jessica Keicyane Silva de Lima  
Francisco Vinicius Ferreira Gomes

- domiciliar no Brasil. **Revista da Universidade do Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 10, n. 1, p. 336-345, 2013.
- MENDONÇA, J. L. S. *et al.* Consumo de grupos de alimentos em adultos com excesso de peso. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 12, n. 70, p.245-252, 2018.
- MOREIRA, L. B. F.; GRECO, R. M.; CHAUBAH, A. Estado nutricional dos servidores técnicos administrativos em educação de uma universidade pública associado aos hábitos alimentares. **Braspen Journal**, Juiz de Fora, v. 31, n. 3, p. 213-221, 2016.
- MOURA, J. F.; MARINHO, A. F. Qualidade da dieta dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família de um distrito na cidade de Manaus-AM. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 6, n. 33, p.138-145, 2012.
- MUNIZ, L. C.; MADRUGA, S. W.; ARAÚJO, C. L. Consumo de leite e derivados entre adultos e idosos no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Pelotas, v. 18, n. 12, p. 3515-3522, 2013.
- NOTTO, V. O. *et al.* Associação Entre Índice de Massa Corporal e Circunferência da Cintura com Hipertensão Arterial Sistêmica em Caminhoneiros. **Revista Cereus. Gurupi**, v. 9, n. 1, p.163-177, 2017.
- SILVA, D. A. S.; PETROSKI, E. L.; PERES, M. A. Is high body fat estimated by body mass index and waist circumference a predictor of hypertension in adults? A population-based study. **Nutrition Journal**, Santa Catarina, v. 11, n. 1, p. 1-9, 2012.
- SILVA, R. A. *et al.* Perfil de nutrição e saúde de usuários da atenção primária a saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 3, p. 287-299, 2011.
- SIMAS, P. R. P.; PINTO, I. C. M. Health work: portrait of community workers in the Northeast region of Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Salvador, v. 22, n. 6, p. 1865-1876, 2017.
- SIMON, M. I. S. S. *et al.* Avaliação nutricional dos profissionais do serviço de nutrição e dietética de um hospital terciário de Porto Alegre. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 69-74, 2014.
- SOUSA, A. G. *et al.* Perfil sociodemográfico e nutricional de servidores em período de pré-aposentadoria. **Revista de Pesquisa em Saúde**, Maranhão, v. 12, n. 3, p. 16-21, 2011.
- SOUZA, R. G. M.; GOMES, A. C.; PRADO, C. M. M. Métodos de análise da composição corporal em adultos obesos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 27, n. 5, p.569-583, 2014.
- TONINI, E.; BROLL, A. M.; CORRÊA, E. Avaliação do estado nutricional e hábito alimentar de funcionários de uma instituição de ensino superior do oeste de Santa Catarina. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 268-279, 2013.
- VIANA, S. D. L. *et al.* Estado nutricional, consumo alimentar e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis em uma feira de saúde. **LifeStyle Journal**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 13-33, 2016.
- WESTPHAL, P. *et al.* Relação entre Índice de Massa Corporal de Quételet e o de Trefethen. **Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, Porto União, v. 8, n.1, p. 1-6, 2016.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases**. Geneva: World Health Organization, 2014.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity**. Geneva: WHO, 1998.

## Introdução

A assistência ao pré-natal tem colaborado de forma significativa para a humanização do cuidado, bem como para longitudinalidade da assistência, pois se configura um instrumento de suma importância no período gravídico-puerperal. É por meio do pré-natal que é possível reconhecer precocemente as alterações que podem levar à gestante e seu conceito a apresentarem no período gravídico, no parto ou puerpério (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Ainda pautado nas premissas do Ministério da Saúde (MS), toda mulher tem o direito de realizar no mínimo seis consultas durante a gestação com o objetivo de assegurar um acompanhamento eficaz, acolhedor, humanizado, que possa identificar possíveis intercorrências, que venha a surgir no decorrer da gestação, possibilitando o tratamento a prevenção de complicações, além de garantir o nascimento de uma criança saudável e um bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2013a).

Por meio da Estratégia Saúde da família (ESF) é realizado o cuidado ao pré-natal de qualidade, eficiente e resolutivo. Esse modelo também ajuda

na construção de vínculos entre profissionais de saúde com as gestantes com o intuito de inseri-las na rede de atenção saúde, proporcionando a integralidade da atenção prestada (SILVA *et al.*, 2018). Diante disso o pré natal de baixo risco deve ser iniciado preferencialmente no primeiro trimestre da gestação com a equipe de saúde de referência dessa cliente, que deverá acolhê-la e prestar os cuidados necessários ao desenvolver do ciclo gravídico puerperal, assegurando a gestante suas consultas mensais, realização de exames de rotina, suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso, vacinação, inserir em rodas de conversas, grupo de gestante, informar seus direitos e deveres e ao empoderamento.

Desse modo, depreende-se que nos grupos de baixo risco as questões referentes ao binômio mãe-filho são resolvidas geralmente no atendimento primário a saúde. Por outro lado, os grupos de alto risco implicam atendimento especializado dos serviços de referência para que as intervenções sejam tomadas imediatamente aumentando a perspectiva de um desfecho positivo (COSTA, 2016), mas sem perda de seguimento da atenção primária.

A ausência da assistência e do acompanhamento a gestante pode culminar na mortalidade materna, perinatal e neonatal, tendo em vista que uma atenção qualificada pode corroborar com a redução significativa das taxas de morbimortalidade implícitas nesse período (SILVA *et al.*, 2018). A promoção do cuidado continuado garante a integralidade, horizontalidade e equidade da atenção à mulher nessa fase da vida.

Nos últimos anos, diversas iniciativas foram implantadas para reduzir os elevados índices de mortalidade materna e qualificar a rede de atenção ao pré-natal. Nesse contexto cabe destacar a criação da Rede cegonha, o fortalecimento dos Comitês de Mortalidade Materna em todos os níveis de gestão e a vigilância do óbito materno e neonatal (BRASIL, 2011).

Nessa mesma conjuntura foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para avaliar e qualificar a execução de serviços e práticas no âmbito da APS. O PMAQ-AB foi desenvolvido no ano de 2011 e é uma estratégia que conta com a adesão voluntária e incentivo financeiro aos municípios e distrito federal, para melhorar o acesso e a qualidade da atenção primária à saúde garantindo um padrão de qualidade comparável em todos os níveis de gestão (BRASIL, 2015).

Diante disso, verifica-se a necessidade de desenvolver estudo que versa sobre a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal na APS, com objetivos de melhor conhecer os aspectos que avaliam o cumprimento das atribuições das equipes de AB a esse grupo. Esse estudo auxilia na contribuição de ações que melhorem a atenção ao pré-natal com qualidade, assim como o desenvolvimento do parto sem complicações e a redução dos indicadores da mortalidade materna e neonatal.

No estado do Rio Grande do Norte (RN) no decorrer dos últimos anos, percebeu-se o aumento do número de consultas de pré-natal nas UBS. Em 2006, o RN obteve um percentual de 43,09% de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal. Em 2013, este indicador atingiu o percentual de 57,69% no ano de 2013 (FREITAS JUNIOR *et al.*, 2014).

Deste modo, acredita-se que este estudo poderá sinalizar melhorias na atenção à saúde frente ao cuidado no ciclo gravídico-puerperal, através do PMAQ-AB, e promover o fortalecimento da rede de atenção à saúde. Portanto este estudo será norteado pelo seguinte questionamento: ‘Como está o cumprimento das atribuições das equipes de AB avaliadas pelo PMAQ-AB, na 4ª URSAP, em relação ao seguimento da mulher no ciclo gravídico-puerperal?’

Assim, apresenta-se como objetivo dessa investigação descrever o cumprimento de atribuições das equipes de Atenção Básica participantes do terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), na 4ª Unidade Regional de Saúde Pública (URSAP), em relação ao seguimento da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e analítica com base de dados provenientes da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), na Quarta Região de Saúde Pública (IV URSAP), que está situada no município de Caicó, localizado no estado Rio Grande do Norte, e que abrange 25 municípios da Região do Seridó Potiguar (Quadro 1). Os dados apresentados neste estudo são oriundos do Terceiro ciclo do PMAQ-AB, coletados no ano de 2017 em todo território nacional.

**Quadro 1.** Descrição dos municípios da 4ª URSAP acerca de número de habitantes, número de UBS e número de UBS participantes do 3º Ciclo do PMAQ. Rio Grande do Norte, 2019.

IV URSAP- Caicó/RN 25 municípios	Número de habitantes	Número de UBS	Número de UBS que aderiram ao PMAQ
Acari	11.136	08	05
Bodo	2.223	02	01
Caicó	67.952	30	21
Carnaúba dos Dantas	8.180	07	03
Cerro Corá	11.179	07	05
Cruzeta	7.998	09	03
Currais Novos	44.786	18	17
Equador	6.045	03	03
Florânia	9.116	14	04
Ipueira	2.241	01	01
Jardim de Piranhas	14.837	09	06
Jardim do Seridó	12.396	05	05
Jucurutú	18.295	18	09
Lagoa Nova	15.614	05	05
Ouro Branco	4.812	03	02
Parelhas	21.477	14	08
Santana dos Matos	12.791	11	08
Santana do Seridó	2.680	03	01
São Fernando	3.584	03	02
São João do Sabugi	6.193	05	03
São José do Seridó	4.634	02	02
São Vicente	6.424	09	03
Serra Negra do Norte	8.078	10	03
Tenente Laurentino Cruz	5.952	10	01
Timbaúba dos Batistas	2.414	02	01

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2019); Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB, 2017).

O PMAQ-AB foi criado pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011 e reformulado pela Portaria 1.645 de 2015, e tem como objetivo a aprimorar e qualificar a oferta de serviços de atenção primária no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Funciona por meio da indução de processos que buscam aumentar a capacidade das gestões municipais, estaduais e federal em conjunto com as equipes de saúde. Tem contribuído para a garantia de um padrão de qualidade comparável a nível nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações direcionadas a atenção básica.

Sua condução se dá de forma cíclica, onde a finalização de um ciclo é o início do ciclo seguinte, sendo organizado em etapas sequenciadas, a saber: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. Na etapa de avaliação externa que está inserida na segunda fase do ciclo do PMAQ, a equipe de entrevistadores realiza visitas às unidades básicas de saúde (UBS) e aplica um instrumento específico para avaliar o acesso a qualidade da assistência.

O instrumento de coleta dos dados da avaliação externa do PMAQ utilizado nesta pesquisa foi o *Módulo II - Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde*. Este módulo corresponde à avaliação dos processos de trabalho no interior da Unidade e é importante, pois verifica o cumprimento de atribuições das Equipes de Atenção Básica no que diz respeito à atenção à saúde individual e coletiva.

As variáveis utilizadas para responder aos objetivos desta pesquisa foram relativas à caracterização e tempo de atuação profissional, bem como variáveis sobre o processo de trabalho em relação ao pré-natal e puerpério e oferta de serviços pela rede de saúde. A partir do banco de dados disponibilizado no *site* do Ministério da Saúde, criou-se novo banco que incluiu somente as variáveis de interesse no cenário investigado. Os dados foram analisados no pacote estatístico SPSS, versão 20.0, e no programa Office Excel, versão para Windows, a partir de estatística descritiva. Os aspectos éticos foram respeitados, uma vez que a pesquisa foi realizada a partir de dados secundários disponibilizados publicamente pelo Ministério da Saúde.

## Resultados e discussão

Amostra estudada foi composta por 121 profissionais, que responderam o Módulo II do processo de avaliação externa do PMAQ -AB, do terceiro ciclo, onde

99,1% eram enfermeiros. A composição da amostra dessa pesquisa corrobora com estudo de Madureira et al (2016), ao identificar que o enfermeiro possui um olhar amplo dos serviços de saúde e um vínculo com os usuários, tornando-os fundamentais no gerenciamento da UBS, o que justifica sua maior participação em pesquisas na área. Além disso, conforme previsto na lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986 a legitimidade da ação de gerenciamento é conferida ao enfermeiro (COFEN,1986).

Em consonância com os dados apresentados, Madureira e colaboradores (2016), afirmam que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) demonstram que o curso de graduação em enfermagem é um dos poucos cursos na área da saúde que contemplam na grade curricular o gerenciamento em serviços de saúde.

Diante do exposto, observamos que os enfermeiros estão na linha de frente, ao que corresponde ao cuidado, gerenciamento e funcionamento das unidades básicas de saúde, tornando-o responsável por preencher o instrumento de coleta da avaliação externa do PMAQ-AB.

**Tabela 1.** Descrição das ações voltadas para a gravidez executadas pelas equipes de atenção básica participantes do terceiro ciclo do PMAQ-AB, da 4ª URSAP/RN. Rio Grande do Norte, 2017.

Variáveis	N	%
<b>Organiza o serviço com critérios de risco e vulnerabilidade (n =121)</b>		
Sim	121	100
Não	0	-
<b>Atende às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco (n = 121)</b>		
Sim	117	96,6
Não	4	3,3
<b>Usa a caderneta (n = 121)</b>		
Sim	119	98,3
Não	02	1,7
<b>Usa o espelho (n = 121)</b>		
Sim	121	100
Não	0	-
<b>Utiliza protocolos para estratificação de risco das gestantes (n = 121)</b>		
Sim	120	99,1
Não	1	0,8

Fonte: tabela construída pelos pesquisadores, através dos dados obtidos com a pesquisa.

Na Tabela 1, foi observado que no item “Organização dos serviços com base em critérios de risco e vulnerabilidade”, 100% dos profissionais adotaram essas práticas. Isso se dá porque a Atenção Básica é o primeiro nível de atenção e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2017).

As equipes utilizam tecnologias de cuidado complexas e de baixa densidade, ou seja, mais conhecimento e pouco equipamento, que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando os critérios de risco, vulnerabilidades, resiliência e o imperativo ético de que se deve acolher toda e qualquer demanda, necessidade de saúde ou sofrimento.

Estudos como o de Laurindo *et al.* (2019), evidenciam que uma das atribuições das UBS é a estruturação dos serviços com base em critérios de risco e vulnerabilidade com o intuito de acolher a demanda de urgências e emergências de menor complexidade. Como foi visualizado na Tabela 1, os enfermeiros estão à frente do funcionamento das UBS o que facilita o desenvolvimento de ações relativas ao acolhimento e da classificação de risco na AB.

Em relação ao “Atendimento às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco” notou-se que 96,6% dos profissionais realizaram a assistência. Tal fato pode ser justificado por estar previsto na resolução COFEN nº423/2012 em seu art. 1º que no âmbito da equipe de enfermagem a classificação de risco e priorização da assistência em Serviço de Urgência é privativa do Enfermeiro, observada as disposições legais da profissão (COFEN, 2012).

As condutas de urgência e emergência configuram uma importante fase de suporte a vida do paciente que se encontra em uma situação grave ou de risco iminente. A enfermagem tem o papel fundamental no cuidado, devendo aplicar técnicas oportunas para cada nível da assistência.

Destarte, a assistência do enfermeiro é de fundamental importância para evitar ou minimizar a evolução dessas complicações no âmbito das urgências e emergências, pois junto com a gestante e sua equipe de saúde promoverão o acompanhamento e identificarão os fatores de riscos com a finalidade de estabelecer uma qualidade de vida satisfatória para o binômio mãe-feto e a garantia da vida de ambos.

Referente ao uso da caderneta e do espelho a maior parte dos profissionais demonstraram utilizar a caderneta, correspondendo a 98,3%, e 100% dos respondentes. Esse fato ocorreu porque através do uso destes dispositivos pode ser visualizado a presença de informações que avaliam a qualidade da consulta e a assistência prestada a gestante (MICUSSI, 2014).

Conseqüentemente a caderneta da gestante é uma fonte de informações, pois descreve todas as consultas de pré-natal, exames, vacinação e suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso, tornando-a o principal instrumento de referência e contra-referência, no âmbito do SUS, sendo seu preenchimento obrigatório (SILVA, 2019). Não menos importante, o uso do espelho também é uma forma de registro que fica com o profissional de saúde para monitorar as gestantes da sua área, contribuindo para a realização de busca ativa, ações de educação em saúde e mapeamento das gestações de risco habitual e alto risco sendo sua utilização de grande valia e bastante resolutividade no tocante as ações e serviços prestados a esse público.

Tal fato pode ser associado com o Programa de Humanização no Pré-Natal e nascimento, desde o ano de 2000, que assegura a gestante acompanhada pelo o SUS o direito ao acesso, cobertura e a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério. Esta assistência deve ser executada de forma humanizada, organizada e segura (BRASIL, 2010).

De acordo com os resultados apresentados na tabela, em relação ao uso de protocolos para a estratificação de risco das gestantes, observou que 99% afirmaram o uso de algum protocolo. Tal fato pode ser justificado pela a Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013, que diz no Art. 7º que algumas atribuições da atenção básica são; captação precoce da gestante de alto risco, com busca ativa das gestantes; estratificação de risco; vinculação da gestante ao pré-natal de alto risco; acolhimento e encaminhamento responsável de urgências e emergências obstétricas e neonatais; acompanhamento do plano de cuidados elaborado pela equipe multiprofissional do estabelecimento que realiza o pré-natal de alto risco, entre outras (BRASIL, 2013a).

O uso da estratificação do risco nas gestantes é um método eficaz e importante para a estruturar a assistência de acordo com as necessidades de saúde a fim de promover um cuidado integral e apropriado para cada indivíduo, garantindo a qualidade à saúde da mulher e da criança (LEITE; GASQUEZ; BERTONCIM, 2019).

**Tabela 2.** Relação de exames ofertados à mulher durante a gravidez pelas equipes de atenção básica participantes do terceiro ciclo do PMAQ-AB, da 4ª URSAP/RN. Rio Grande do Norte, 2017.

Variáveis	N	%
<b>ABO (n = 121)</b>		
Sim	120	99,1
Não	1	0,8
<b>Coombs (n = 121)</b>		
Sim	117	96,6
Não	4	3,3
<b>Htc Hgb (n = 121)</b>		
Sim	120	99,1
Não	1	0,8
<b>Glicemia (n = 121)</b>		
Sim	119	98,3
Não	02	1,6
<b>TTG (n = 121)</b>		
Sim	111	91,7
Não	10	8,2
<b>Sorologia HIV (n = 121)</b>		
Sim	120	99,1
Não	1	0,8
<b>VDRL (n = 121)</b>		
Sim	120	99,1
Não	1	0,8
<b>HbSAg (n = 121)</b>		
Sim	120	99,1
Não	1	0,8
<b>Toxoplasmose (n = 121)</b>		
Sim	120	99,1
Não	1	0,8
<b>Ultrassom (n = 121)</b>		
Sim	120	99,1
Não	1	0,8
<b>Sumário de Urina (n = 121)</b>		
Sim	120	99,1

Não	1	0,8
<b>Urocultura (n = 121)</b>		
Sim	113	93,3
Não	8	6,6

Fonte: tabela elaborada pelos autores, a partir dos dados obtidos com a pesquisa.

Considerando a tabela 3 sobre a oferta dos exames no ciclo gravídico, foi observado que os profissionais de saúde responderam que solicitavam a maioria dos exames previsto no PN correspondendo a 99%, porém os exames de Coombs Indireto (96,6%), TTG (91,7%) e urocultura (93,3%), apresentou uma oferta reduzida.

De acordo com o Ministério da Saúde, toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno o resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal. A solicitação de exames deve ser de acordo com diretrizes para o atendimento do Pré-Natal previstas no Caderno de Atenção Básica nº 23 (BRASIL, 2013b). Inicialmente, na primeira consulta, são solicitados 11 exames laboratoriais, no quais todos foram expostos na tabela, no segundo trimestre da gravidez são requisitados apenas o Coombs indireto e TTG nos seguintes casos: Caso o RH da gestante seja negativo ou glicemia da gestante esteja acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco, respectivamente. E no último trimestre solicita novamente todos os exames da primeira consulta (BRASIL, 2013b).

Em virtude disso, podemos evidenciar que a menor frequência de solicitação de Coombs e TTG na Tabela 2, se dá por esses exames se configurarem como de rotina somente para algumas populações específicas de gestantes. A urocultura, por sua vez, é um recurso diagnóstico de Infecção do Trato Urinário (ITU) de utilização condicionada ao resultado positivo do Sumário de Urina para sinais da doença. Dessa forma, é também um resultado esperado desse estudo que a solicitação do exame seja de menor frequência por parte dos profissionais da Atenção Básica.

Portanto é de grande valia a solicitação dos exames laboratoriais durante o ciclo gravídico pois é através deles que são permitidos avaliar o estado de saúde da mãe e do bebê em conjunto com o exame físico e anamnese.

**Tabela 3.** Descrição dos registros no ciclo gravídico executadas pelas equipes de atenção básica participantes do terceiro ciclo do PMAQ-AB, da 4ª URSAP/RN. Rio Grande do Norte, 2017.

Variáveis	n	%
<b>Número de gestantes de alto risco no território (n =121)</b>		
Sim	119	98,3
Não	2	1,6
<b>Profissional responsável pelo acompanhamento (n =121)</b>		
Sim	120	99,1
Não	1	0,8
<b>Consulta odontológica (n =121)</b>		
Sim	119	98,3
Não	02	1,6
<b>Coleta de exame citopatológico (n = 121)</b>		
Sim	119	98,3
Não	02	1,6
<b>Vacinação (n =121)</b>		
Sim	121	100
Não	0	-

Fonte: tabela elaborada pelos autores, a partir dos dados obtidos com a pesquisa.

Na tabela 3, podemos visualizar que >98% dos profissionais que responderam o questionário executam os registros em relação a coleta de exame citopatológico, consulta odontológica, vacinação, acompanhamento da gestante por um profissional de saúde e registro de gestante de alto risco na área.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) a realização do exame ginecológico e coleta do material para a colpocitologia oncótica durante o período gestacional não é contraindicado, podendo ser feito em qualquer idade gestacional preferencialmente até o sétimo mês (BRASIL, 2013b). A partir desse exame, podemos identificar de forma previamente uma infecção no trato genital que a qual deverá receber um tratamento apropriado e efetivo. No período gestacional é indicado apenas a coleta da ectocérvice. O exame é de suma importância pois nesse período há diversas alterações hormonais, ocasionando uma queda da imunidade da mulher, assim facilitando a instalação de agentes infecciosos (BARBOSA *et al.*, 2018).

Em relação as consultas odontológicas, durante o ciclo gravídico, muitas mulheres apresentam distúrbios orais decorrentes das alterações hormonais e podendo ocasionar doença periodontal e prematuridade e o baixo peso do bebê ao nascer, isto pode ocorrer por causa do aumento da vascularização genital associada com uma higiene oral precária (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Estudos apontam que na primeira consulta de pré-natal a enfermeira que realiza o acompanhamento, direciona a gestante para consultas com o cirurgião-dentista na própria UBS, pois ele irá orientar quanto a higienização oral, esclarecer sobre as alterações fisiológicas que ocorrem durante a gestação, realizar busca ativa das faltosas e realizar o acompanhamento no processo de aleitamento materno e cuidados com o bebê, enfatizando a importância da dentição e a higiene bucal do bebê após a amamentação (BRASIL, 2013b).

Em consonância com esse estudo Maragno *et al.* (2019) afirmam que as gestantes que receberem esse acompanhamento odontológico tornam-se mães que tem um atenção especial para higiene bucal dos seus filhos, pois buscam mais o serviço de saúde que favorece a criação de vínculo entre a criança e o dentista, visto que atualmente ainda existe a cultura de medo do profissional cirurgião dentista. Essa sensibilização do cuidado com a higiene oral que inicia durante a gestação atua positivamente na saúde bucal das crianças, assim prevenindo o aparecimento de caries dentárias (MARAGNO *et al.*, 2019).

Durante a gestação é preconizado a atualização da caderneta da vacinação, pois fornece proteção a mãe e ao feto. Segundo o Programa Nacional de Imunização a gestante deve tomar as seguintes vacinas: Dupla adulto (DT), hepatite B, DTpa e influenza. Diante disso, a imunização na gestação é importante por oferecer proteção para a mulher e o bebê, pois durante esse período a mulher fica propensa a contrair doenças que podem ser transmitidas para o feto na gestação ou através do leite materno (BRASIL, 2019).

Segundo o MS, a vacinação atua como defensor contra doenças imunopreveníveis para a população, em especial no cenário da infância pois auxilia no fortalecimento do sistema imunológico, atuando na estratégia de prevenção e promoção da saúde, através dessas condutas foi possível erradicar algumas doenças, contribuindo para bons resultados nos indicadores em saúde. Ainda, a gestante deve ser acompanhada pela a equipe multiprofissional de

saúde na AB e após uma anamnese e exame físico o profissional deve classificar a gestante em PN de risco habitual ou Alto risco. Diante disso, mesmo a gestante sendo de alto risco deve permanecer sendo acompanhada na AB e no serviço de média complexidade. De acordo com o Caderno de Atenção Básica 32, a gestante deve ser acompanhada pelo médico e enfermeiro em consultas intercaladas e referente ao acompanhamento odontológico é ideal até o 6 mês da gestação. Todas as consultas devem ser registradas tanto na caderneta da gestante quanto no prontuário da mulher (BRASIL, 2013a).

A partir desse trabalho em equipe há o fortalecimento do cuidado longitudinal, promovendo o bem estar materno e fetal e propiciando a criação de vínculos dos profissionais com as gestante, dessa forma garantindo o acompanhamento da mãe, criança e família, pois a após a gestação deve se atentar para a assistência referentes ao crescimento e desenvolvimento da criança e também esclarecer as dúvidas da mãe referentes ao cuidados com o bebê e orientá-la sobre o planejamento familiar.

**Tabela 4.** Descrição das ações voltadas para o puerpério executadas pelas equipes participantes do terceiro ciclo do PMAQ-AB, da 4ª URSAP/RN. Rio Grande do Norte, 2017.

Variáveis	n	%
<b>Visita ACS (n =121)</b>		
Sim	120	99,1
Não	1	0,8
<b>Visita profissional não ACS (n =121)</b>		
Sim	116	95,8
Não	5	4,1
<b>Consulta horário especial (n =121)</b>		
Sim	95	78,5
Não	26	21,4

Fonte: tabela elaborada pelos autores, a partir dos dados obtidos com a pesquisa.



Como foi visualizado na tabela 4, 99,1% dos profissionais oferecem o cuidado e a atenção puerperal para a mãe e o bebê. Os cuidados oferecidos no puerpério devem ter caráter individualizado, a fim de atender às necessidades do binômio mãe-bebê, levando em consideração as crenças e opiniões da mulher e de sua família sobre os cuidados neste período. As ações devem incluir avaliação física e observação da mãe e da criança, cuidados com o recém-nascido, empoderamento da família para os cuidados com o bebê, a avaliação do aleitamento materno exclusivo, checagem de vacinação e promoção de bem-estar fisiológico e emocional da família, além disso, devem estar voltadas, também, para o eficiente reconhecimento de problemas relacionados ao período, que devem receber assistência adequada e, oportunamente, avaliados (GUSSO, 2012).

É recomendado uma visita domiciliar na primeira semana após a alta da mãe e do bebê da maternidade. Em caso do recém-nascido ter sido classificado como de risco, a visita ocorrerá nos primeiros 03 dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido para o serviço de saúde e uma visita domiciliar, entre o 7º e o 10º dia após o parto, devem ser estimulados desde o pré-natal, na maternidade e nas visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2012).

A visita domiciliar é um instrumento de baixo custo e que possibilita o seguimento dos cuidados e promoção da saúde, em que a relevância está no potencial para reduzir a morbimortalidade neonatal. Entretanto, mesmo a visita domiciliar permitindo aos profissionais de saúde ter mais conhecimento acerca da realidade do recém-nascido, da mãe e da família, algumas fragilidades são identificadas na oferta desta ação que pode ser um fator dificultante na vivência materna durante o puerpério (MEDEIROS; COSTA, 2016).

A realização da visita domiciliar fora do período orientado pelo Ministério da Saúde, com informações, em alguns casos, insuficientes, ou ausência de sistematização das ações realizadas é uma fragilidade a ser considerada. Desta forma, pode haver comprometimento da qualidade do cuidado à criança na Atenção Básica e aumentar os riscos de morbimortalidade no período puerperal (MEDEIROS; COSTA, 2016). Diante do exposto, podemos concluir que os resultados obtidos pela as variáveis do módulo II do terceiro ciclo proposto pelo PMAQ AB foram satisfatórias, resultando em uma assistência de pré-natal e puerpério de qualidade e com a longitudinalidade do cuidado.

Além disso, podemos fazer algumas análises diante dos dados expostos. O PMAQ AB por ser um programa avaliativo utiliza do método de premiação, ou seja, as unidades que obtiverem um desempenho satisfatório são premiadas com um repasse de recursos financeiros. Sendo assim, cria-se um estímulo aos profissionais de saúde para responderem os questionários do PMAQ AB com vistas à gratificação pelo desempenho atingido. Tal característica tem sido relatada na literatura como um fator que contribui para a criação de um cenário de disputa entre as equipes e os profissionais (MORAES; IGUTI, 2013; MOTA; DAVID, 2015). Deve-se ressaltar, ainda, que esses dados foram coletados no 3 ciclo do PMAQ AB que ocorreu no ano de 2017, em cenário de insuficiência de planos de carreiras e de subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde, assume-se possibilidade de que as equipes respondentes não serem mais as mesmas, propiciando uma mudança no cenário.

Nessa perspectiva, a atuação dos Programas de Residência Multiprofissional em atenção básica nos serviços de saúde dos municípios de Caicó e Currais Novos, tem sido um fator de potência para a adoção de práticas mais qualificadas na Atenção Básica, colaborando com UBS para a efetivação dos cuidados na saúde da mulher, permitindo um cuidado longitudinal, centrado na pessoa, família e comunidade.

Ressalta-se, portanto, que a residência tem tido importante papel no fortalecimento da linha de cuidado da saúde da mulher, do vínculo usuário e UBS, através do desenvolvimento de atividades em saúde, de ações individuais e de apoio aos profissionais da rede.

## Considerações finais

Diante do estudo realizado com o instrumento avaliativo no PMAQ AB na 4ª URSAP, alcançou-se o objetivo proposto. E a partir disso, identificou outras questões que podem ser aprofundadas posteriormente. Nessa perspectiva, esse trabalho possibilitou a análise do cumprimento do papel da atenção básica na assistência gravídico-puerperal que, em linhas gerais, tem atendido ao que foi levantado no PMAQ AB.

Foi observado também, que o profissional de saúde que está a frente desse cuidado é o enfermeiro que pode atuar como o gerente das UBS e na

forma assistencial, assim desenvolvendo um cuidado humanizado, com escuta qualificada, o que leva a gestante ter o sentimento de segurança durante esse período tão importante e singular em sua vida.

Perante esse estudo, as considerações frente às condutas da equipe de saúde no contexto do cuidado no pré-natal e no puerpério, pode-se observar que tais condutas oferecem ao profissional a oportunidade de promoção, prevenção e acompanhamento a fim de amenizar ou evitar um processo de morbimortalidade do binômio. Sendo assim, também podemos citar a importância desse cuidado para o parceiro e sua família, visto que esse período é de grandes transformações e descobertas que impactam na vida e na saúde dos envolvidos.

Por fim, sugere-se que a avaliação da saúde da mulher para fins de diagnóstico de saúde leve em conta outras bases de dados e indicadores levantados, que não somente o PMAQ AB, no intuito de superação dos limites enfrentados nessa pesquisa.

## Referências

- BARBOSA, O. J. *et al.* Prevalência de infecções genitais em gestantes nordestinas em vulnerabilidade social no sertão central cearense. **Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica**, v. 5, n. 1, 2018, Fortaleza. Anais. Fortaleza, CE, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 24 jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sociedade Brasileira de Imunizações. **Calendário Vacinal: Recomendação da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 26 jun. 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à saúde. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui, as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puerpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF), 29 maio, 2013a.
- COSTA, J. F. C. **Cuidados de enfermagem a gestantes de alto risco: revisão integrativa**. 2016. 46f. Trabalho de Conclusão de Curso –Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.
- FREITAS JUNIOR, R. *et al.* (org). **Protocolo de assistência materno infantil do Estado do Rio Grande do Norte**. Natal: EDUFERN, 2014. 101 p.
- GUSSO, G. *et al.* **Tratado de Medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, v. 2, p. 999-1008, 2012.
- LAURINDO, V. M. *et al.* A importância de adaptar as unidades básicas de saúde para o atendimento das urgências e emergências de menor complexidade. **Revista Health Journal Brazilian**, Curitiba, v.2, n.3, p. 1688-1708, abr. 2019.
- LEITE, V. C.; GASQUEZ, A. S.; BERTONCIM, K. R. I. Estratificação de risco em gestantes no pré-natal. **REVISTA UNINGÁ**, [S.l.], v. 56, n. S2, p. 184-193, mar. 2019.
- MADUREIRA, C. J. *et al.* Reflexão sobre a enfermagem e o gerenciamento nas unidades básicas de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 848-861, dez. 2016.
- MARAGNO, M. J. *et al.* Conhecimentos dos médicos e enfermeiros sobre o pré-natal odontológico em um município da região Carbonífera de Santa Catarina. **Revista de Odontologia de São Paulo**, São Paulo, SP, v. 31, n. 1, p. 33-46, mar. 2019.
- MEDEIROS, L.; COSTA, A. C. M. Período puerperal: a importância da visita domiciliar para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 1, p. 112-119, 2016.
- MICUSSI, A. F. **Cuidando no ninho da cegonha: Implantação da Caderneta da gestante em uma unidade de saúde da família**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2014.
- MORAES, P. N.; IGUTI, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 416-426, 2013.
- MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 1, p. 122-127, 2015.
- OLIVEIRA, C. E. *et al.* A importância do acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiros. **Revista Científica FacMais**, v.8, p. 25-38, 2016.
- OLIVEIRA, C. E. *et al.* Atendimento Odontológico a gestantes: A importância do conhecimento da saúde bucal. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, MG, v. 4, n. 1, p. 11-23, 2014.
- SILVA, D. B. *et al.* Longitudinalidade do cuidado: Perspectivas de gestantes atendidas em serviço da atenção básica. **Repositório Digital ACES**, Caruaru, 20f, jun. 2018.
- SILVA, G. **Atenção ao pré-natal e ao puerpério: Uma análise a partir do 1 ciclo e 2 ciclo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ AB**. 2019. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de João Pessoa. João Pessoa, PB, 2019.

## CAPÍTULO 14

# TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE DIVULGAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MATERNO- INFANTIL

Rayssa Silva do Nascimento  
Ana Carine Arruda Rolim  
Diego Bonfada  
Maria Dilma Felizardo Ferreira

### Introdução

O processo de comunicação é a transmissão de mensagens que visam chegar a um receptor final de forma clara e prática. Levando em consideração a importância da comunicação em saúde, ferramentas para tal propósito tornam-se indispensáveis no contexto da assistência, seja em formato impresso ou digital, como é o caso das redes sociais e sites.

Com avanço da tecnologia nas últimas décadas, foram criados meios de disseminação de informações rápidos e intuitivos, fato esse que tornou imprescindível a criação e o desenvolvimento de novas ferramentas e instrumentos de comunicação na área da saúde que acompanhassem esta tendência global.

Uma boa comunicação é essencial para manter a eficiência do serviço de saúde e garantir que todos usuários tenham acesso as informações necessárias com características individuais e do coletivo. Além disso, cabe a comunicação, manter o diálogo entre os serviços de saúde e servidores (SANTOS; PASSOS PEREIRA; TOLFO SILVEIRA, 2017).

A informação em saúde possui uma dimensão estratégica e as Novas Tecnologias de Comunicação e Informação fornecem diferentes possibilidades de

acesso à informação de forma rápida e contribuem para a construção do saber, pois as informações podem desenvolver o conhecimento, não só acadêmico, mas também popular. A participação das Novas Tecnologias de Comunicação e Informação tornam o processo de globalização cada vez mais veloz. Com esse cenário, as instituições adaptam seu modo de se comunicar buscando atender as necessidades atuais (SANTOS *et al.*, 2017).

A ideia de uma relação horizontal e democrática entre profissionais de saúde e usuários influencia o desenvolvimento de práticas mais humanizadas entre trabalhadores de saúde e usuários, sendo necessário superar o modelo que reforça as relações de poder no compartilhamento, ajuda e interação. Contudo, algumas barreiras dificultam a formação técnico-cientificista, que privilegia a hegemonia do conhecimento científico como único e verdadeiro, sem o reconhecimento dos saberes produzidos a partir da cultura e valores pessoais dos usuários e as dificuldades que envolvem o estabelecimento de uma comunicação dialógica entre dois ou mais atores sociais, linguagens, saberes diferentes, diferenças de ordem sociocultural e o estágio de desenvolvimento cognitivo e intelectual dos diversos atores sociais influenciam a comunicação. Portanto a comunicação é um processo de compartilhamento e ajuda entre profissionais da saúde e usuários, caracterizado não pela relação de poder, mas por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre os sujeitos. Envolvendo tanto a dimensão verbal como a não verbal (CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2014).

Habermas, discorre sobre a subjetividade no ambiente público, que muitas vezes são vistas como uma extensão da experiência e dos interesses privados dos indivíduos, tornando assim, a comunicação em saúde pouco efetiva. Para uma boa compreensão em saúde é necessário que se tenha uma auto compreensão dos gestores em saúde, buscando estratégias de atuação que venham a abranger a todos. Comunicação em saúde não é somente a transmissão de informação do receptor para o emissor. Por isso é necessário que os gestores em saúde reestruturem-se melhorando assim suas estratégias de comunicação, demandando cuidado entre os processos, fluxos, estrutura e profissionais habilitados para atuar no diálogo com a comunidade (HABERMAS, 2003).

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) vem cada vez mais fortalecendo a interface entre comunicação, ciência e sociedade, e assim

desenvolvimento iniciativas pedagógicas de saúde criativa na perspectiva de alcançar diferentes públicos. O acompanhamento e capacitação de profissionais, gestores e docentes de ações inovadoras é um desafio. Ainda assim o uso de plataformas web por profissionais da saúde para interagir, gerar, acessar e disseminar informações é algo cada vez mais comum. Páginas digitais podem construir o conhecimento e estimular a educação ativa. Além de tudo, que tem o potencial para incentivar e otimizar dinâmicas de integração ensino-serviço-comunidade e a consequente melhoria dos processos de trabalho em saúde (FRANÇA; RABELLO; MAGNAGO, 2019). As atuais TIC provocam a necessidade de constante superação do saber, de forma que devemos buscar novos caminhos de fluência e abertura do conhecimento (PEREIRA *et al.*, 2016).

No ensaio clínico de Paulino *et al.* (2018), usou-se o aplicativo WhatsApp<sup>®</sup> como recurso para a educação, sob a forma de uma aula para estudantes da graduação do curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, conduzida no chat. O módulo de ensino focou em trabalhar com os estudantes conceitos e saberes sobre os seguintes aspectos e temas: Promoção de Saúde, Educação Popular em Saúde, Educação em Saúde, Prevenção de Agravos e Determinantes Sociais do Processo Saúde-Adoecimento-Cuidado. No estudo os professores questionaram os alunos sobre a mudança da atividade em sala de aula para o ambiente virtual, estudantes e professores entraram em consenso e construíram coletivamente a atividade a ser veiculada em grupos de mensagens no aplicativo WhatsApp<sup>®</sup>. Tais ações visavam direcionar o debate proposto, e a atividade permitiu uma discussão fluida e dinâmica, com contribuição intensa de todos os participantes. No final da aula, os discentes demonstraram satisfação com o resultado final e consideraram o experimento muito positivo e proveitoso. (PAULINO *et al.*, 2018) A experiência proposta por Paulo, Matins, Raimondi, Hattori (2018) deixa claro que as novas tecnologias da informação e comunicação, especialmente as redes sociais, têm capacidade para aprimorar o processo de ensino-aprendizagem e trazer novos meios de interação entre educador e educandos.

A Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Materno Infantil da Escola Multicampi de Ciências Médicas (PRMSMI/EMCM) se caracteriza como um programa de formação que fortalece e consubstancia a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) como política de saúde, pois este projeto de

treinamento em serviço tem como eixo central os princípios e diretrizes desse sistema. O Projeto de uma residência multidisciplinar é desafiante, pois nos deparamos com cenários de necessária transformação. Nesse sentido, a relação entre educação e trabalho, multidisciplinar, representa um avanço na concepção de saúde e na integralidade da atenção (UFRN, 2019).

Em quatro anos de funcionamento, identificou-se a necessidade de melhorar/ampliar a comunicação entre o programa, seus residentes, os profissionais de saúde e os cidadãos, para tanto foram criados alguns canais de comunicação, como os e-mails, o Instaram e a página no Facebook, todos esses dispositivos são mantidos pelos residentes, a fim de melhorar a comunicação entre os profissionais-usuários e usuários-profissionais. Esses meios de comunicação mantidos pelos residentes servem também como fonte de divulgação das ações desenvolvidas pelos residentes que vem a trazer benefícios para a população, pois melhoram a qualidade na assistência onde esses profissionais residentes estão inseridos, bem como, são canais onde profissionais podem utilizar para tirarem suas dúvidas e muitos deles demonstram interesse em entrar como membro da residência. Muitas vezes com a correria do dia-a-dia, como residentes, não conseguimos sanar todas as dúvidas que surgem no bate-papo do Instagram. Assim pensamos em uma outra ferramenta de comunicação, que seria o site da residência em saúde materno infantil.

Este trabalho objetivou relatar o desenvolvimento e criação de um site para o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil da EMCM/RN, utilizando uma plataforma pública e gratuita. O processo de desenvolvimento do site se deu pela necessidade de ampliar a divulgação das ações realizadas pela Residência Materno-infantil, bem como sanar dúvidas da população quanto ao processo seletivo para ingresso em programas de residência, mostrando assim as áreas de atuação, os campos de estágio, os projetos desenvolvidos pelos residentes, divulgando editais e eventos científicos que possam ser de interesse da população.

## **Etapas da construção do produto digital**

Para a construção do site foi realizado um levantamento sobre o que é comunicação em saúde nas bases de dados Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Pubmed. Em seguida, foi realizado uma busca na web sobre sites de residências,

servindo como base para a elaboração e criação da estrutura do produto, sendo eles: Residência Multiprofissional UNIFESP, Residência Multiprofissional/médica do Hospital das Clínicas da faculdade de medicina de Ribeirão Preto – USP, Conselho Federal de Medicina/Residência Médica, Residência Multiprofissional FIOCRUZ, Residência Multiprofissional Sofia Feldman, Residência Multiprofissional no Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência – Anita Garibaldi (CEPS).

Após o levantamento foi pensado na estrutura e conteúdo do site da Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil da EMCM/UFRN, definido os seguintes tópicos: *1ª aba - HOME* - o que é a residência multiprofissional; Público Alvo; qual título de especialidade do profissional egresso; Quem somos; *2ª aba - NOTÍCIAS* - Galeria de fotos; eventos; pasta com fotos das turmas anteriores. *3ª aba - PROJETOS* - os projetos de pesquisa e extensão desenvolvidos pelos residentes. *4ª aba - DÚVIDAS FREQUENTES* - Localização (cidades das práticas e aulas); Campo de atuação; Rodízios; esclarecimento sobre o que é o papel do tutor, preceptor e tutor de área. *5ª aba - TRABALHOS* - os trabalhos aprovados e apresentados em congressos e eventos; links de artigos científicos publicados, frutos da residência. *6ª aba - LINKS DE INTERESSE*. *7ª aba - FALE CONOSCO* - contendo: E-mail da coordenação e Telefone da instituição.

Para o desenvolvimento do produto foi utilizado a plataforma WIX que usa o SDK (software Development Tools), o mesmo permite inúmeras possibilidades de design, criada em 2006 pelos irmãos Abrahams e seu amigo Kaplan, eles procuraram revolucionar a forma como pessoas físicas e empresas assumiam e gerenciam seu processo de criação de sites. O site da residência materno infantil da EMCM encontra-se finalizado e espera-se que o mesmo venha a melhorar a comunicação entre a população e os profissionais.

## Produto desenvolvido

*1ª Aba - HOME* - Ao acessar o site a primeira página que irá aparecer será o *Home*, que é o layout da página, contendo a identificação do site, os brasões em alusão as instituições a que esse site pertence e as abas nomeando cada categoria no site. Ao colocar o cursor do mouse sobre o nome página inicial irá aparecer os seguintes subitens: O que é, Público Alvo, Título e Quem somos.

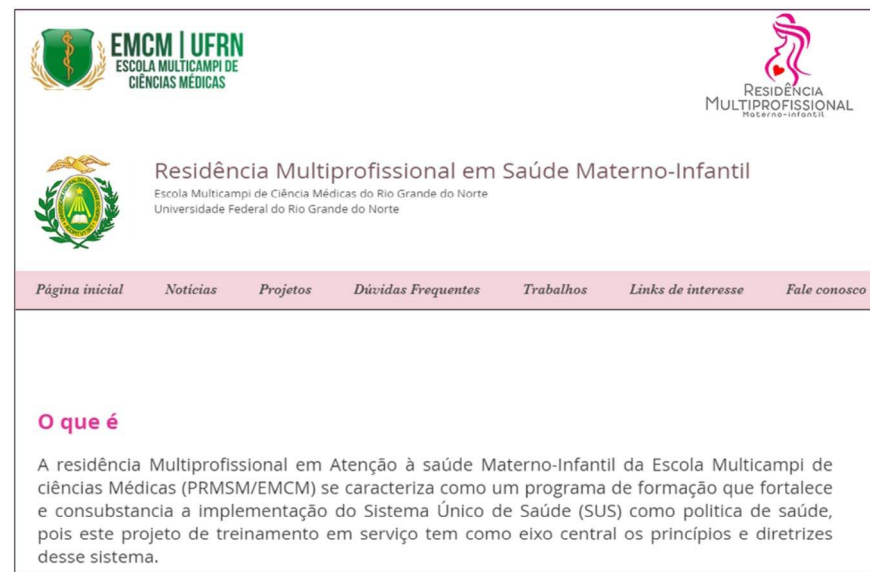
Figura 1. Página Inicial do site.



Fonte: Print da página feito pelos pesquisadores.

*O que é* – Aqui falamos um pouco sobre o que é um programa de residência em saúde materno-infantil.

Imagem 2. Item “O que é” do site.



Fonte: Print da página feito pelos pesquisadores.

*Público Alvo* – Nesse subitem falamos o público alvo para ingressar na residência, citando as seis categorias profissionais que abrangem o programa.

Imagem 3. Item “Público Alvo” do site.



Fonte: Print da página feito pelos pesquisadores.

*Título* - Nesse subitem deixamos claro para o público qual é a titulação concedida ao residente ao concluir a residência.

Imagem 4. Item “Certificado de Conclusão e Título concedido”.



Fonte: Print da página feito pelos pesquisadores.

*Quem Somos* – Nesse subitem falamos um pouco de quem compõe o programa de residência, coordenadores e equipe multiprofissional.

Imagem 5. Item “Quem somos” do site.



Fonte: Print da página feito pelos pesquisadores.

*2º Aba – Notícias* - Ao colocar o cursor do mouse sobre o nome Notícias irá aparecer os subitens: galeria de fotos, eventos e turmas anteriores. Na aba Notícias aparecerá uma página com notícias relacionadas a residência.

Imagem 6. Segunda aba do site, com os itens que a constituem.



Fonte: Print da página feito pelos pesquisadores.

Galeria de fotos - Nesse subitem encontraremos as fotos de algumas ações e eventos realizados pelos residentes em atenção à saúde materno infantil.

Imagem 7. Galeria de fotos apresentadas no site.



Fonte: Print da página feito pelos pesquisadores.

Eventos - Nesse subitem está exposto eventos que possam interessar profissionais, acadêmicos, residentes e comunidade em geral. É composto pelo banner do evento e os links para mais informações.

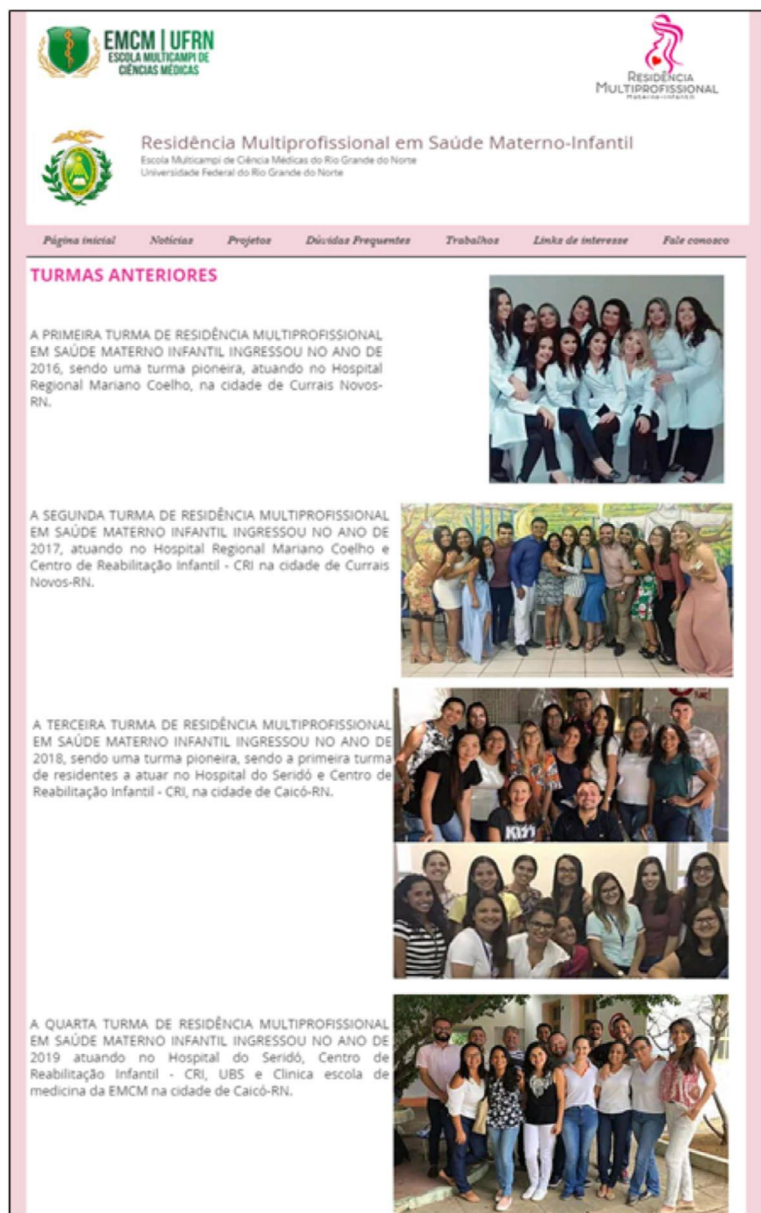
Imagem 8. Item “Eventos” do site.



Fonte: Print da página feito pelos pesquisadores.

Turmas Anteriores - Nesse subitem está exposto fotos e um pequeno texto falando das turmas anteriores e atuais da residência.

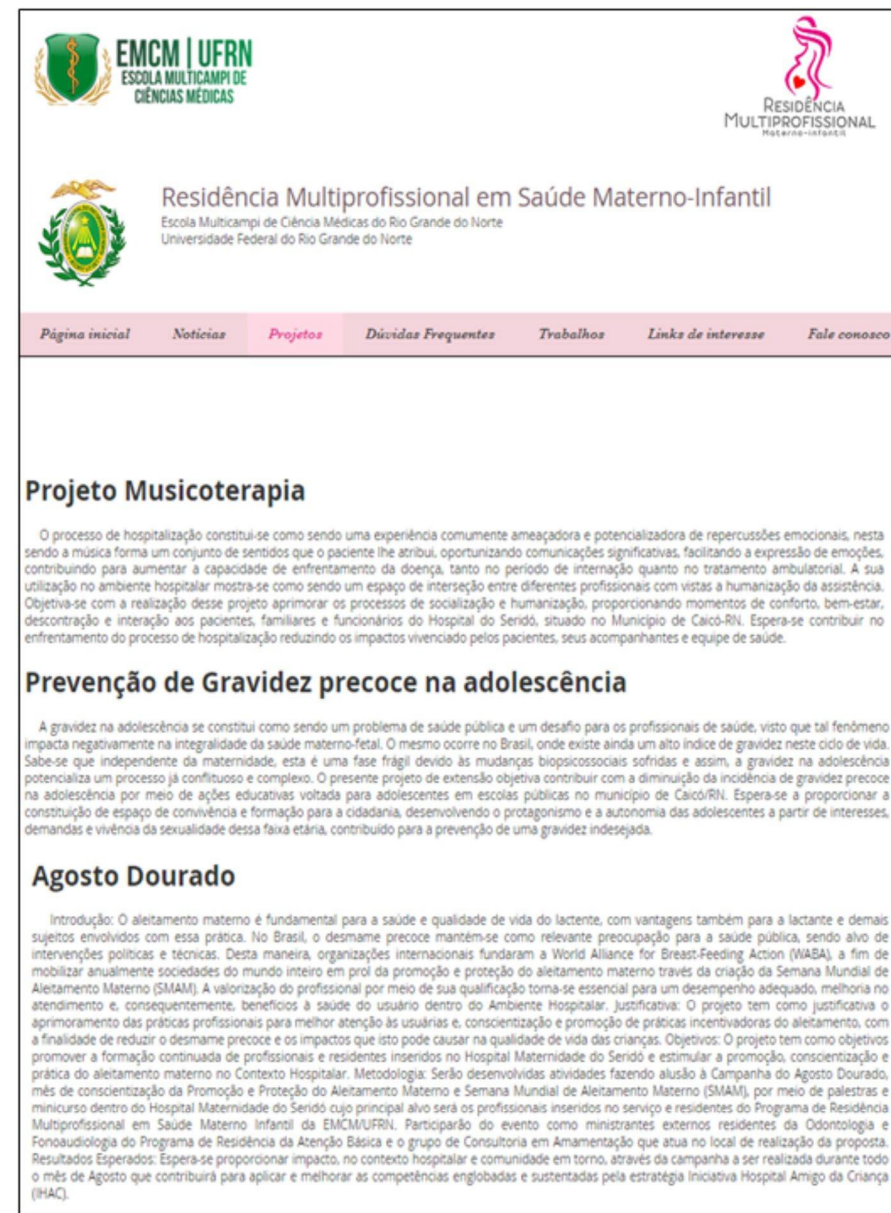
Imagem 9. Item “Turmas Anteriores” apresentado no site.



Fonte: Print da página feito pelos pesquisadores.

3º Aba – Projetos - Nesse item está descrito um pequeno texto que trata dos projetos desenvolvidos no campo de atuação dos residentes.

Imagem 10. Terceira aba do site, denominada “Projetos”.

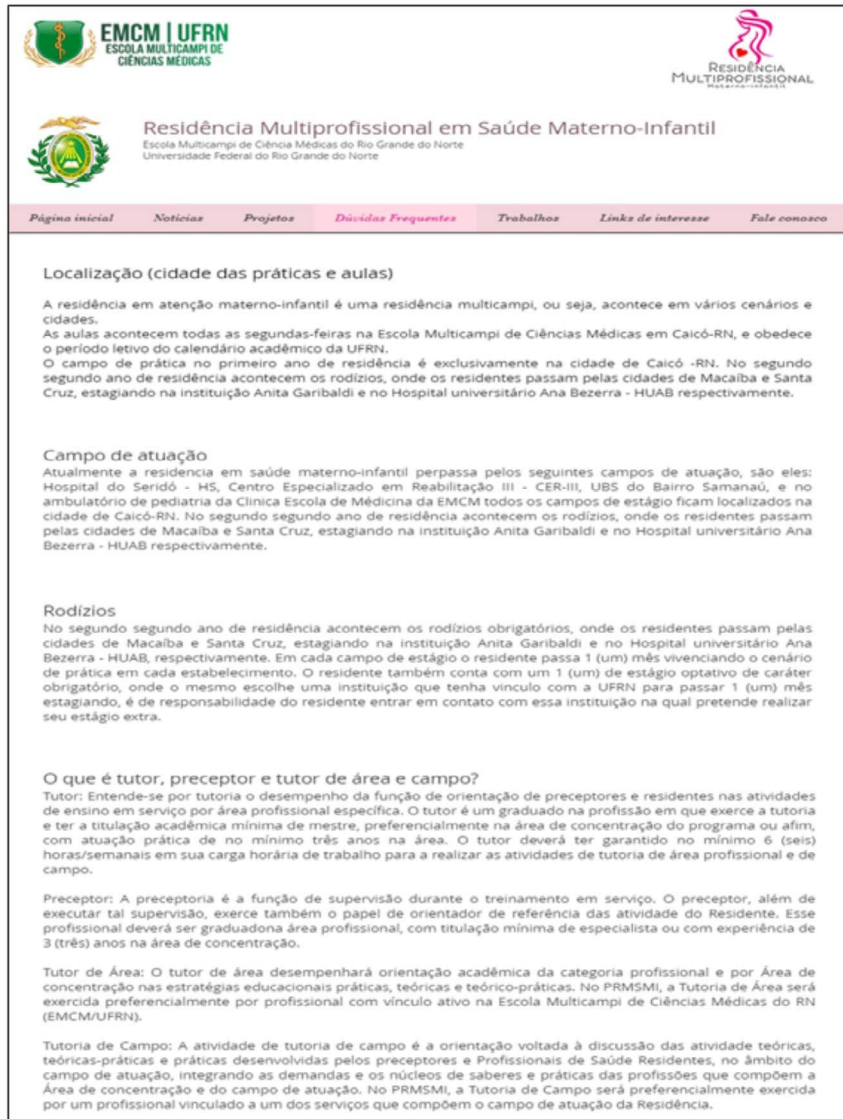


Fonte: Print da página feito pelos pesquisadores.



4º *Aba - Dúvidas Frequentes* - Nesse item esclarecemos algumas dúvidas dos futuros candidatos e futuros residentes, como também, falamos um pouco para os profissionais do serviço que serão responsáveis por uma parte da formação do residente.

Imagem 11. Quarta aba presente no site.



Fonte: *Print* da página feito pelos pesquisadores.

5º *Aba – Trabalhos* - Nesse item está exposto as experiências exitosas dos residentes apresentados em eventos científicos, em formato de resumo e banner, assim quem navegar no site poderá visualizar os trabalhos realizados pela equipe de residências.

Imagem 12. Quinta aba, item “Trabalhos”.



Fonte: *Print* da página feito pelos pesquisadores.

6º *Aba - Links de Interesse* - Nesse item está vários links onde o público pode acessar endereços eletrônicos como os da COREMU, EMCM, o da Pró-reitoria dentre outros.

Imagem 13. Sexta aba do site, “Links de interesse”.

EMCM | UFRN  
ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
MATERNO-INFANTIL

Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil  
Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Página inicial Notícias Projetos Dúvidas Frequentes Trabalhos **Links de interesse** Fale conosco

Site  
www.emcm.ufrn.br/site > Pós-graduação > Residência Multiprofissional

E-mails  
residencias@emcm.ufrn.br  
residenciamaterno.hs@gmail.com  
mir12019@hotmail.com

Facebook  
Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil - EMCM / UFRN  
@maternoinfantilemcm  
https://www.facebook.com/maternoinfantilemcm/

Escola Multicampi de Ciências Médicas do RN @emcmcaico  
https://www.facebook.com/emcmcaico/

Instagram  
@residenciamaterno.hs  
https://instagram.com/residenciamaterno.hs  
@emcm.ufrn  
https://www.instagram.com/emcm.ufrn/

Pró-Reitoria de Pós Graduação UFRN  
Site: <http://www.ppg.ufrn.br>

Facebook: UFRN @ufrnoficial  
<https://www.facebook.com/ufrnoficial/>

Instagram: @ufrn.br  
<https://www.instagram.com/ufrn.br/>

E-mail: [ppg@reitoria.ufrn.br](mailto:ppg@reitoria.ufrn.br)

Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU/UFRN)  
E-mail: [coremu.ufrn@yahoo.com.br](mailto:coremu.ufrn@yahoo.com.br)

Coletivo Potiguar de Residências em Saúde  
E-mail: [coletivopotiguarfers@gmail.com](mailto:coletivopotiguarfers@gmail.com)

Instagram: @coletivopotiguarfers  
<https://www.instagram.com/coletivopotiguarfers/>

Fonte: *Print* da página feito pelos pesquisadores.

7º *Aba - Fale Conosco* - Nessa aba encontra-se o endereço da EMCM, um formulário para os visitantes entrar em contato tirando dúvidas ou dando sugestões e um mapa mostrando a localização EMCM.

Imagem 14. Sétima aba do site, “Fale conosco”.

EMCM | UFRN  
ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
MATERNO-INFANTIL

Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil  
Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Página inicial Notícias Projetos Dúvidas Frequentes Trabalhos Links de interesse **Fale conosco**

Visite-nos

EMCM  
Escola Multicampi de Ciências Médicas do RN,  
541,  
Av. Cel. Martiniano, Caicó - RN,  
59300-000  
Telefone Fixo: (84) 3342-2337

Nome \*  
E-mail \*  
Assunto  
Mensagem

Enviar

Escola Multicampi de Ciências Médicas do RN  
Caicó

Fonte: *Print* da página feito pelos pesquisadores.

## Considerações finais

A partir deste projeto foi possível compreender sobre Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), comunicação em saúde e de que forma essas novas tecnologias estão sendo utilizadas atualmente para divulgar notícias em saúde, embora existam poucos estudos falando sobre o assunto, dificultando o levantamento de informações para a elaboração deste trabalho.

O presente relatório descreve o passo a passo da criação de uma nova ferramenta para divulgação da Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil da EMCM/UFRN e suas ações, o site. O produto desenvolvido pretende facilitar a comunicação da residência com a população e profissionais de saúde,

de forma mais clara e objetiva. A ferramenta descrita, é um site objetivo, de fácil navegação e leitura, seus conteúdos foram pensados para viabilizar e simplificar a divulgação das ações realizadas pela residência em Saúde Materno Infantil.

## Referências

- COROLANO-MARINUS, M. W. L. *et al.* Comunicação nas práticas em saúde: Revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1356–1369, 2014.
- FRANÇA, T.; RABELLO, E. T.; MAGNAGO, C. As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas. **Saúde Em Debate**, v. 43, 2019.
- HABERMAS, J. **Mudança estrutural da esfera pública**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2. ed., 2003.
- PAULINO, D. B. *et al.* Saúde: Contextualizando Teoria e Prática em um WhatsApp® as a Resource for Health Education. Contextualizing Theory and Practice in a New Teaching-Learning Scenario. **Revista Brasileira De Educação Médica**, v. 42, n. 1, p. 171–180, 2018.
- PEREIRA, T. A. *et al.* Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação por Professores da Área da Saúde da Universidade Federal de São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 1, p. 59-66, 2016.
- SANTOS CRUZ, J. A.; BERMEJO, L. J.; KIZZY CUNHA, A. Comunicação e mídia: uma questão social no serviço da saúde. **Revista Temas Em Educação e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 124-146, 2017.
- SANTOS, T. O.; PASSOS PEREIRA, L.; TOLFO SILVEIRA, D. Implantação de sistemas informatizados na saúde: uma revisão sistemática. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação Em Saúde**, v. 11, n. 3, p. 1-11, 2017.
- UFRN - UNIVERISADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. **Manual do residente: programa de residência multiprofissional em saúde materno infantil**. Natal, p. 01–44, 2019.

## Sobre os Autores e Autoras

- Adryele Gomes Maia:** Farmacêutica; especialista em Saúde Materno-Infantil - EMCM/UFRN.
- Aline Cristina Silva:** Assistente Social; especialista em Instrumentalidade do Serviço Social – FAR
- Ana Carine Arruda Rolim:** Docente na EMCM/UFRN; doutora em Saúde Coletiva – UNICAMP.
- Ana Luiza de Oliveira e Oliveira:** Docente na EMCM/UFRN; doutora em Saúde Coletiva – UNICAMP.
- Bruna Maria de Araújo Marinho:** Profissional de Educação Física; especialista em Saúde Materno-Infantil - EMCM/UFRN.
- Cristiane Spadacio:** Docente na EMCM/UFRN; pós-doutorado em Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública – FSP/USP.
- Dayane Shirley de Lima Santigo:** Assistente Social; especialista em Preceptoría no SUS – IEP Sírio-Libanês.
- Deyse Janiele Bernardo Oliveira:** Especialista em Saúde Materno-Infantil - EMCM/UFRN.
- Diego Bonfada:** Docente na EMCM/UFRN; Doutor em Saúde Coletiva - UFRN/AQuAS.
- Francisco Vinicius Ferreira Gomes:** Cientista Social e Psicólogo; especialista em Atenção Básica - EMCM/UFRN; mestrando em Ciências Sociais – UFCG.

**Frankly Eudes Sousa Martins:** Fisioterapeuta; especialista em Atenção Básica - EMCM/UFRN; mestrando em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina - EMCM/UFRN.

**Hannah Samara Monteiro de Figueirêdo:** Nutricionista; especialista em Atenção Básica – EMCM/UFRN.

**Humberto Medeiros Wanderley Filho:** Fisioterapeuta; especialista em Saúde Materno-Infantil - EMCM/UFRN; Mestrando em Saúde Pública – UEPB.

**Ilara Maria Ferreira Alves:** Enfermeira; especialista em Saúde Materno-Infantil - EMCM/UFRN.

**Jessica Keicyane Silva de Lima:** Enfermeira; especialista em Atenção Básica - EMCM/UFRN.

**Jéssica Soares da Rocha:** Farmacêutica; especialista em Atenção Básica - EMCM/UFRN.

**Jordelle Mirelle Da Costa Lima Lócio:** Enfermeira; especialista em Atenção Básica - EMCM/UFRN

**Kelly Bezerra de Oliveira:** Assistente Social; Enfermeira; especialista em Saúde Materno-Infantil - EMCM/UFRN; mestranda em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina - EMCM/UFRN.

**Kleylenda Linhares da Silva:** Docente na EMCM/UFRN; Mestre em Serviço Social – UFRN.

**Liliane Pereira Braga:** Docente na EMCM/UFRN; doutora em Psicologia – UFRN.

**Maria Dilma Felizardo Ferreira:** Coordenadora do Curso de Psicologia da Faculdade Católica Santa Terezinha; doutora em Psicologia – Universidade de Barcelona/UB.

**Maria Helena de Araújo Santos:** Assistente Social; especialista em Atenção Básica - EMCM/UFRN.

**Maria Luiza Araújo Fernandes:** Farmacêutica; especialista em Atenção Básica - EMCM/UFRN.

**Maura Vanessa Silva Sobreira:** Secretária Adjunta da Secretaria do Estado da Saúde do Rio Grande do Norte; docente adjunta IV da UERN; doutora em Ciências da Saúde - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de SP.

**Paula Hortência Silva do Nascimento:** Assistente Social; especialista em Atenção Básica – EMCM/UFRN

**Rayssa Silva do Nascimento:** Fisioterapeuta; especialista em Saúde Materno-Infantil - EMCM/UFRN.

**Ricardo Andrade Bezerra:** Docente na EMCM/UFRN; mestre em Educação Física – UFRN.

**Sâmara Bridget Monteiro de Figueirêdo:** Enfermeira; especialista em Micropolíticas de Gestão e Trabalho em Saúde – UFF.

**Tiago Rocha Pinto:** Docente na UFU; doutor em Saúde Coletiva – UNESP.

**Tulia Fernanda Meira Garcia:** Fonoaudióloga; Doutora em Gerontologia – UNICAMP.

**Úrsula Costa:** Odontóloga; especialista em Atenção Básica - EMCM/UFRN; mestranda em Saúde Coletiva - FACISA.

**Verdande Trotskaya de Araújo Medeiros Hounkpe:** Enfermeira; especialista em Saúde Materno-Infantil - EMCM/UFRN.



**SUS**  
Sistema  
Único  
de Saúde



**RESIDÊNCIA**  
MULTIPROFISSIONAL  
EMCM - UFPA



**UFRN**



**EMCM | UFRN**  
ESCOLA MULTICAMPUS DE  
CIÊNCIAS MÉDICAS

**Ministério  
da Educação**  
GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)



ISBN 978-65-87180-36-6



9 786587 180366